

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

ANDRÉIA A. REIS CARVALHO LIPORONI

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA:
estudo sobre a participação e o controle social**

Ribeirão Preto
2006

ANDRÉIA A. REIS CARVALHO LIPORONI

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA:
estudo sobre a participação e o controle social**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre.**

**Área de Concentração: Saúde na
Comunidade.**

**Orientador: Prof. Dr Juan Stuardo Yazlle
Rocha**

**Ribeirão Preto
2006**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta dissertação, por meio, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Liporoni, Andréia Aparecida Reis de Carvalho

O Conselho Municipal de Saúde de Franca: estudo sobre a participação e o Controle Social.

129 p.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Rocha, Juan Stuardo Yaslle.

1. Participação Social 2. Saúde 3. Controle Social

andreialiporoni@yahoo.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Andréia A. Reis Carvalho Liporoni

O Conselho Municipal de Saúde de Franca: estudo sobre a participação e o controle social

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: ___/___/___.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Juan Stuardo Yaslle Rocha

Instituição: FMRP - USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof. ^a Dra. Aldaísa Cassanho Forster

Instituição: FMRP - USP

Assinatura: _____

***DEDICO** aos meus avós, Francisco, por que se foi, deixando seu exemplo de vida e uma imensa saudade e Maria Eugênia pela dedicação à minha família, em especial às minhas filhas.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar a oportunidade de viver mais essa etapa da minha vida.

Ao meu orientador, Prof Juan, pela paciência, sabedoria e amizade durante esses dois anos de convivência. Com seu estímulo e talento me guiou na conclusão desse trabalho.

À minha mãe pelo exemplo, força e dedicação às minhas filhas e pelas palavras de incentivo (sempre nas horas certas).

A meu marido, meu maior incentivador, pelo apoio, amparo, amor constante. Pelas boas risadas e por fazer minha vida mais alegre do que já é.

Às minhas filhas, Fernanda, Laura e Júlia, meus três amores, por existirem e me ensinarem tanto. Agradeço ainda a compreensão e apoio durante essa difícil fase da minha vida, aceitando as minhas ausências e o necessário isolamento em muitos momentos.

Às amigas Assistentes Sociais Raquel, Ana e Lisandra pelo apoio, carinho e estímulo constante.

Às amigas Tânia, Vera, Adriana, Beth e tantas outras que me escutaram pacientemente.

Às professoras Aldaísa Cassanho Forster, Maria do Carmo G. Caccia-Bava e Maria José Bistafa, pela preciosa orientação no momento da qualificação.

Às funcionárias do Departamento de Medicina Social (Carolina, Mônica, Regina e Solange) pelo carinho, atenção e prontidão.

Aos conselheiros municipais de saúde de Franca por aceitarem participar e muito contribuírem com a minha pesquisa

*Para o êxito da construção do SUS
para que os brasileiros tenham mais saúde e vivam mais,
a paixão, a capacidade de indignar-se e de se emocionar,
de ter rompantes de cólera contra os agravos à vida, é indispensável.
É mesmo preciso uma férrea vontade, persistência, insistência,
para vencer os inúmeros obstáculos postos a nossa frente.
É preciso, além disso, coragem pessoal, política e intelectual
para rever conceitos, pré-conceitos, enfim,
idéias que não tem mais suporte na realidade.
Não podemos ser escravos de nada, nem mesmo
de nossas próprias idéias.*

David Capistrano

RESUMO

LIPORONI, A. A. R. C. **O Conselho Municipal de Saúde de Franca: estudo sobre a participação e o controle social.** 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

O Conselho Municipal de Saúde é um importante instrumento de interlocução regulada e institucionalizada na formulação de diretrizes e na fiscalização e avaliação da política de saúde no Brasil. Este estudo analisa a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Franca - SP. Nosso objetivo foi conhecer a dinâmica do CMS no processo de gestão, financiamento e controle da política de saúde do município e como a administração municipal reconhece o Conselho como seu interlocutor na gestão do setor saúde. A pesquisa foi realizada entre fevereiro de 2004 a julho de 2005 e utilizada a abordagem qualitativa de pesquisa em saúde. A partir da análise documental das Atas do CMS, de matérias de jornais veiculadas na cidade no mesmo período e das entrevistas com os conselheiros municipais identificamos assuntos temáticos que nortearam a discussão de nosso estudo. Assim, constatamos um grande esforço dos conselheiros em assumir seu papel no desempenho de suas funções, porém encontramos alguns limites que dificultam a efetividade do controle social. Podemos citar assim, a questão político-partidária dos membros do conselho e a manipulação por parte da administração municipal. Encontramos também potencialidades para efetivação do direito à participação nas decisões que vão desde a capacitação dos conselheiros até a criação de mecanismos para dar maior visibilidade ao Conselho e assim propiciar que este possa dar voz as demandas da população.

Palavras-chave: Participação social; Saúde; Controle Social.

ABSTRACT

LIPORONI, A. A. R. C. **Municipal Council of Health of Franca: study about the participation and the social control.** 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Municipal Council of Health is an important instrument of regulated dialogue and institutionalized in the formulation of guidelines and in the surveillance and evaluation of the politics of health in Brazil. This study analyzes the performance of Municipal Council of Health of Franca-SP. Our objective was to know the dynamics of the CMS in the management process, financing and control of the politics of health of the municipal district and as the municipal administration recognizes Council as its interlocutor in the administration of the section health. The research was accomplished among February from 2004 to July of 2005 and the qualitative approach of research in health was used. Starting from the documental analysis of the Minutes of the CMS, of matters of newspapers transmitted in the city in the same period and of the interviews with the municipal counselors we identified thematic issues that orientated the discussion of our study. Like this, we verified a great effort of the counselors in assuming their role in the acting of their functions; however we found some limits that hinder the effectiveness of the social control. We can mention like this, the issue political-adherent of the members of the council and the manipulation by the municipal administration. We also found potentialities for the effectiveness of the right to the participation in the decisions that are going from the counselors' training to the creation of mechanisms to give larger visibility to Council and like this to propitiate that this can give voice the demands of the population.

Key words: Social participation; Health; Social Control.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	O REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
	2.1 A participação dos cidadãos na saúde.....	16
	2.1.1 A intervenção do Estado na saúde de 1930 ao fim do regime militar.....	19
	2.2 O movimento da Reforma Sanitária.....	24
	2.3 O SUS e os desafios para seu pleno funcionamento.....	31
	2.4 Os Conselhos – instrumentos de controle social regulado e institucionalizado.....	35
3	O OBJETO E OS OBJETIVOS DO ESTUDO.....	43
	3.1 O Objeto do estudo.....	43
	3.2 Objetivos.....	43
4	MATERIAL E MÉTODO.....	45
	4.1 A opção e o caminho metodológico.....	45
	4.2 A pesquisa documental.....	47
	4.3 Entrevistas.....	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
	5.1 A saúde na cidade de Franca.....	52
	5.1.1 A questão da saúde apontada pela imprensa.....	55
	5.1.1.1 A avaliação da qualidade da assistência.....	55
	5.1.1.2 Os hospitais credenciados ao SUS.....	58
	5.2 O Conselho Municipal de Saúde de Franca.....	59

5.2.1 A caracterização do Conselho Municipal de Saúde.....	61
5.2.2 A administração interna do Conselho Municipal de Saúde.....	64
5.2.2.1 A coordenação.....	64
5.2.2.2 As reuniões.....	65
5.2.2.3 Comissões.....	70
5.3 Os assuntos discutidos pelo Conselho Municipal de Saúde.....	76
5.3.1 A avaliação da qualidade da assistência.....	76
5.3.2 Hospitais credenciados.....	83
5.3.3 Programas e ações.....	89
5.3.4 Controle de finanças e prestação de contas.....	92
5.4 A avaliação dos conselheiros.....	98
5.4.1 Conhecendo os entrevistados	98
5.4.2 O Sistema Municipal de Saúde de Franca segundo os Conselheiros Municipais de Saúde.....	99
5.4.3 A dinâmica e o desempenho do CMS - Franca.....	103
5.4.4 As decisões do conselho e a aceitação da Administração Municipal.....	108
5.4.5 A avaliação da participação e o controle social através do CMS de Franca.....	110
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
ANEXOS.....	126

1 INTRODUÇÃO

Enquanto Assistente Social vinculada à saúde em uma empresa privada de prestação de serviços médicos e hospitalares sempre tivemos a necessidade de entender por que as pessoas pagavam plano de saúde tendo à sua disposição o Sistema Único de Saúde.

Passamos a entender com o tempo que a maioria das pessoas clientes dessa empresa, no decorrer de suas falas ao solicitar intervenção/auxílio do Serviço Social alegava a opção do plano de saúde para não enfrentar dificuldade de atendimento, demora na marcação de consulta, má qualidade do atendimento oferecido pelos profissionais de saúde e ainda mostrava um grande medo de precisar de cirurgia e não consegui-la pois existe uma longa fila de espera, conforme relatam os meios de comunicação da cidade, geralmente o rádio e os jornais. O que nos leva a crer que muitos não confiam no SUS.

Dessa forma, o que observamos no decorrer desses treze anos de atendimento aos usuários dessa empresa é que os clientes “empregadores”, ou seja, os clientes pessoa jurídica e os próprios usuários de plano particular optam por pagar um plano de saúde para ter um acesso mais rápido e tranqüilo ao que for necessário, no quesito saúde.

Na cidade de Franca, cerca de 30% da população são usuários de convênios de cooperativa ou medicina de grupo e a grande maioria, 70%, procura acesso ao SUS.

Conhecendo a Constituição Federal de 1988 que criou o Sistema Único de Saúde, a respectiva Lei Orgânica da Saúde e os princípios de integralidade e universalidade, nos questionamos ainda mais sobre tudo isso. Começamos então a refletir o que de fato a população faz para exigir atenção adequada, saúde no sentido exato da palavra. Eficiência e

eficácia.

Um Estado democrático recente com uma população que ainda a nosso ver está aprendendo a votar. Uma maioria excluída que aceita filas, que aceita roubos, que pouco se indigna com chacinas, confrontos em presídios e FEBEMs. Uma maioria despolitizada.

A Constituição de 1988 foi, sem dúvida, um avanço. A organização do SUS outro avanço significativo. A possibilidade de participação e o controle social, foram outras conquistas.

No entanto o que observamos no cotidiano profissional é que a população não tem real conhecimento sobre o que é o controle social e seus instrumentos de ação. Em especial nos Conselhos Municipais. Eles desconhecem os mecanismos que possibilitam a efetiva participação, seus objetivos, e não o vêem como forma de controle social; não contam com uma cultura participativa, apesar de a cidade realizar anualmente o “Orçamento Participativo”, onde a comunidade tem a oportunidade de discutir com representantes da Prefeitura as prioridades a serem cumpridas no próximo ano para cada região da cidade.

Destacamos aqui que até o ano de 2004 e por 08 anos consecutivos a cidade foi administrada por um único Prefeito e o modelo de orçamento participativo adotado pela Prefeitura de Franca possibilita a participação popular em quatro instâncias: Plenárias Regionais, Fóruns Macro Regionais, Plenárias Temáticas e Conselho Municipal do Orçamento Participativo (FRANCA, 1998).

No ano de 2005, a cidade passou a ser administrada por Prefeito cujo partido político é adversário do que estava antes no poder. Isso demonstra que a população não estava satisfeita e utilizando seu poder participativo através do voto elegeu outro administrador para o município.

Quanto à participação da população nos rumos da saúde, encontramos Lourenço (2004) que fez um estudo na cidade de Franca junto a usuários das Unidades Básicas de

Saúde (UBS) sobre o que eles entendiam quanto ao direito de participar da política de saúde pública. Da avaliação da pesquisa a maioria referiu total desconhecimento sobre o Conselho Municipal enquanto espaço de participação popular e controle social. Entendemos dessa forma que há uma aceitação da falta de recursos e do que é imposto quanto aos serviços. Alguns fazem uso do rádio como uma maneira da população manifestar sua insatisfação e desacordo com as questões da saúde e insistir para que algo seja feito.

No entanto o que observamos é que também os meios de comunicação tratam de situações emergentes e que não conclamam a população para uma atitude mais participativa. O meio de comunicação mais usado (o rádio) não estimula a prática da participação da população. Denunciam a situação, mas não promovem um debate efetivo e contínuo sobre as dificuldades que a realidade da cidade apresenta.

Dessa forma, o presente trabalho de pesquisa pretendeu analisar o papel do Conselho Municipal de Saúde da cidade de Franca-SP, visando compreender em que medida este colegiado constitui-se num espaço público capaz de catalisar a interlocução entre a administração municipal de saúde e a sociedade, através da participação da população neste Conselho.

Vários autores têm trabalhado com essa temática e podemos destacar Carvalho (1997), Cohn (1996), Dallari et al. (1996), Dallari (2003), Gohn (2003), Valla e Stotz (1993).

Embora a Constituição Federal de 1988 comporte dispositivos legais quanto à participação, o SUS não passará de idéias, de vontades se não comportar ações práticas para a efetiva melhoria da qualidade da assistência.

Baseados nestas e em outras importantes produções sobre esse tema, sentimo-nos impedidos a produzir esse conhecimento.

Inicialmente, apresentamos o referencial teórico abordando o processo de participação, resgatando seu longo processo de lutas e organizações populares até o

movimento da reforma sanitária que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 que discutiu as bases que norteariam a reestruturação da saúde no Brasil e a construção do SUS, concebido como um novo sistema de saúde, cuja principal resolução foi a saúde como dever do Estado e direito de todos.

O SUS foi sem dúvida grande conquista da Constituição Federal ou, como ficou conhecida, da Constituição Cidadã e dessa forma apresentamos os desafios que este enfrenta para atingir plenamente suas ações e diretrizes.

Finalmente apresentamos os Conselhos como instrumentos de controle social, uma vez que o Conselho é um órgão permanente de fiscalização do SUS que deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Sendo assim, nos questionamos se a importante tarefa atribuída aos conselheiros é de fato exercida.

A seguir, trazemos o nosso objeto de estudo que é a participação popular através do Conselho Municipal de Saúde de Franca e os objetivos que delinearão o presente trabalho.

Após os objetivos, procuramos descrever nosso caminho metodológico, optando pela pesquisa qualitativa de pesquisa em Saúde, elegendo nesse momento a pesquisa documental (envolvendo as Atas do Conselho Municipal de Saúde de Franca e as matérias de jornais que envolvem a cidade no período estudado) e entrevistas com os conselheiros municipais.

Os resultados e a discussão da pesquisa documental e das entrevistas coletadas trazem o panorama geral da questão saúde apresentada pela mídia da cidade de Franca. Em um segundo momento, confrontamos os assuntos denunciados ou discutidos pelo veículo de comunicação e o que estava sendo discutido pelo CMS. A seguir, como os conselheiros vêem os principais problemas que envolvem a cidade, a dinâmica do Conselho frente às demandas e a atuação do Conselho, como forma de participação institucionalizada.

Finalmente, nas considerações finais, procuramos trazer além das conclusões,

alguns desafios a serem enfrentados.

2 O REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A participação dos cidadãos na saúde

É indiscutível que a participação é um processo existencial concreto, que se produz na dinâmica da sociedade e se expressa na própria realidade cotidiana dos diversos segmentos da população e que existe desde a colonização brasileira.

É fato também que o comportamento humano nasce e evolui no exercício contínuo e permanente da práxis participativa: na reivindicação de seus direitos, no assentamento de suas responsabilidades, no aperfeiçoamento de sua profissão, na geração de mais saberes, na prática associativista, na elaboração e execução de planos, no desempenho de funções políticas, no posicionamento consciente face às opções, no exercício do voto e da representatividade.

Na qualidade de ser que transforma e que pensa, o homem é capaz de refletir sobre si e sobre sua própria atividade e realizando esta operação, consegue sua inserção crítica na realidade.

No entanto, a participação é um processo ao mesmo tempo dinâmico e contraditório. O homem é criador por natureza, mas enquanto ser social, já nasce em um contexto historicamente criado. Neste contexto, encontra um conjunto de relações e instituições que o fazem ocupar posições que independem de decisões próprias, o que o faz assumir um determinado sistema de pensar e agir.

Sendo assim, a participação é questão a ser refletida e enfrentada por todos os grupos sociais que não chegam a interferir nas decisões que dizem respeito às suas condições

básicas de existência. Longe de ser política de reprodução da ordem, a participação é, sobretudo, questão social, na medida em que as próprias contradições sociais desafiam o homem como ser criador e este toma consciência da sua realidade e assume posições de desafio e enfrentamento.

Nessa perspectiva, procuramos o conceito de participação e vislumbramos que esta vem da palavra “parte”. Fazer parte de algum grupo, associação, de algum negócio, atividade. Contribuir para construção de algo. Pensando nesse aspecto, avaliamos que participação tem uma conotação ativa e não passiva.

Chauí (2004) adverte que somos uma sociedade fundada no modelo de núcleo familiar e que as relações sociais são “hierárquicas” ou “verticais” norteadas pelas idéias de mando e de obediência e sustentadas pelas instituições sociais que alimentam, reforçam e reproduzem nas classes populares o sentimento de serem subalternizadas.

Mesmo que reprimida, a participação popular sempre existiu desde que existissem grupos sociais excluídos que se manifestassem de alguma maneira. Nessa perspectiva, a participação acontece desde as primeiras resistências que encontramos na história brasileira: as resistências indígenas, negras, os Quilombos, os movimentos dos camponeses, as lutas abolicionistas, dos imigrantes, as revoltas urbanas contra a carestia, a revolta das vacinas e tantas outras.

Sendo assim, para realizar um estudo sobre a participação dos cidadãos na Saúde entendemos que se faz necessário abordar rapidamente o processo de participação social no Brasil, uma vez que essa possibilidade concreta e institucionalizada é recente, datada da Constituição Federal de 1988.

Valla (1993) coloca que o termo participação popular é um dos mais usados em nossa sociedade e faz a reflexão do por que há tão pouca “participação” exatamente na época em que mais se valoriza o tema. Para o autor “participação social” se refere “às múltiplas

ações que diferentes forças sociais desenvolvem para poder influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas na área social (saúde, educação, habitação, transporte, etc.)” (p. 57).

Sendo assim, cada um desses representantes ou entidades expressa uma concepção particular de sua vivência, de seu cotidiano, de sua realidade e dessa forma expressam propostas específicas para cada realidade.

Valla (1993, p. 63) ainda coloca que, participação popular se diferencia por ser uma “participação política das entidades representativas das sociedades civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social”.

Dessa forma, essas entidades populares precisam manter sua independência como uma possibilidade de luta e garantia de sua participação nas decisões governamentais. Nessa perspectiva e conforme Valla (1993) retrata muito bem e responde a sua questão do porque “participação” é ainda tão limitada.

O Estado e as entidades da sociedade civil que defendem os interesses das classes dominantes buscarão sempre bloquear, desviar e impedir esse desenvolvimento do movimento popular, seja restringindo o acesso às informações, fragmentando a participação, limitando o campo das atribuições, retardando decisões ou remetendo-as as instâncias superiores, seja através da cooptação das lideranças do movimento popular para aceitar esses procedimentos em troca de benefícios pessoais ou políticos (VALLA, 1993, p. 75).

Historicamente, temos uma tendência à dominação. No Brasil, a participação esteve reduzida a espaços de influência sócio-econômica e política. Consideramos aqui como exemplo a época de Vargas, que conduziu o país nas décadas de 30 e 40 e o golpe militar de 1964 quando estes se mantiveram no poder até 1986. Assim, entendemos ser interessante um breve relato de como era o controle social e a implantação da seguridade social no Brasil até a efetivação da Constituição Federal de 1988 para entendermos a saúde como está hoje organizada.

2.1.1 A intervenção do Estado na saúde de 1930 ao fim do regime militar

Para entendermos a realidade hoje existente é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos nesse processo. Assim como nós somos frutos da nossa história, a saúde também sofreu influências de todo o contexto político social pelo qual o Brasil passou.

Nos primeiros passos da Seguridade Social no Brasil, temos em 1923 a Lei Eloy Chaves que cria as Caixas de Pensões e Aposentadorias (CAPs), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado, instituído inicialmente para os Ferroviários. As CAPs eram responsáveis pelos seguros sociais e abrangia a área da saúde, assistência e previdência social, assegurando direitos àqueles que estavam inseridos nesse mercado de trabalho. Aos excluídos do mercado, no caso da saúde, restavam as ações realizadas por entidades filantrópicas.

É interessante salientar que a aprovação dessa Lei aconteceu em função da mobilização e organização da classe operária no Brasil, principalmente dos imigrantes, na luta pela conquista de seus direitos. Dessa forma, a criação das CAPs deve ser entendida no contexto das reivindicações operárias no início do século como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social.

A representação por parte dos trabalhadores já existia e eram assegurados dois representantes por empresa no Conselho de Administração (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Na época de Vargas muitas conquistas foram obtidas. Naquele momento as demandas sociais que se apresentavam eram representadas e canalizadas nos sindicatos, partidos políticos que trabalhavam como mediadores entre Estado e sociedade. O governo se mantinha como protetor e a sociedade era submetida a uma relação de dependência.

Conforme Carvalho (1997), os movimentos sociais nessa época e até meados da década de 60 sofrem fortes pressões de partidos políticos, e governos que buscam instrumentalizá-los e submetê-los a seus interesses e diretrizes.

A partir da década de 30, as CAPs são unificadas e absorvidas pelos Institutos de aposentadorias e Pensões (IAPs), que incorporavam os trabalhadores por categoria profissional, estendendo assim para um número maior de categorias profissionais a cobertura dos direitos sociais, como forma de antecipar as reivindicações.

Nessa época, a política do Estado Novo, comandada por Getúlio Vargas pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência, pois nesse momento a crescente massa de assalariados passa a se constituir no ponto de sustentação do novo governo.

Os IAPs, assim conhecidos, eram organizados por categorias funcionais e a representação de empregados passou a ser feita pelo sindicato. Nesse momento, tanto a representação dos empregados quanto dos empregadores assume um papel secundário, de assessoria ou fiscalização dos atos da presidência.

É importante destacar que os IAPs foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. O primeiro criado foi o dos marítimos, seguido pelo comerciários, bancários e industriários.

Em 1946 ocorre um intenso processo de luta dos trabalhadores e o controle da Previdência Social transforma-se num importante elemento de reivindicação desses setores, polarizando a questão na disputa entre Estado e trabalhadores.

Como vimos, a década de 30 é marcada pela redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais em resposta às reivindicações dos trabalhadores. De 1923 até 1930 o modelo previdenciário instalado foi um modelo abrangente e pródigo e com poucos assegurados. Da década de 30 a 1945 o modelo se pautou na orientação contencionista,

incentivando a acumulação de reservas financeiras principalmente em função do aumento da massa crescente de trabalhadores segurados. A partir de 1964, a instalação do regime militar reafirma ainda mais o modelo contencionista.

Na saúde, ao resgatarmos o histórico do controle social vemos que até meados dos anos de 60, no Brasil, o controle era exercido pelo Estado através de medidas de intervenção em nome da saúde de todos. Dessa forma o controle social era exercido através do controle do Estado sobre a sociedade por meio de combate a vetores e da imunização da população, sendo assim a população era alvo de ações de saúde.

As ações de caráter preventivo eram criadas pelo Ministério da Saúde e as curativas pelo sistema previdenciário, com o propósito de atender somente os trabalhadores inseridos no mercado formal (ASSIS, 2003).

Em 1964, com o golpe militar os Institutos são unificados com a criação do INPS, unificando o regime geral da Previdência Social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime CLT, excluídos os trabalhadores rurais, empregadas domésticas, servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência. Esvazia-se a participação do trabalhador no sistema e o Estado assume a direção do INPS em 1966 e os empregados e empregadores perdem o direito de gerir e definir as políticas previdenciárias e de saúde (ASSIS, 2003).

Em 1978 com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS – a assistência médica passa a ser responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e não mais do INPS voltado exclusivamente às questões da previdência.

Nesse período toda forma de representação social e política foi desarticulada. O governo passa então a ter total poder de decisão, censura e proibição. Foram inúmeros os exilados políticos. Entretanto, a assistência foi ampliada pelo Estado que tinha como objetivo

além de mecanismo de acumulação de maior capital, a minimização das tensões sociais legitimando o regime e aumentando assim a regulação do Estado sobre a sociedade (BRAVO, 2000).

Conforme Valla (1993), foi também durante o regime militar que se oficializou a privatização da verba pública. Foi durante esses anos que a repressão dos governos impediu que a população organizada protestasse contra determinações governamentais e de impactos sociais como: a abertura da rodovia Transamazônica, a construção de usinas nucleares e a entrada de muitas indústrias multinacionais que só vieram buscar mão de obra, matéria-prima barata e infra-estrutura industrial gratuita.

No entanto, nem toda proibição/decisão/censura impede as formas de organização e pensamento reflexivo. Na ausência de espaços legítimos de negociação de conflitos ou cotidianos, os vários locais (moradia, periferia, igreja) e as questões públicas (gênero, raça, emprego) tornam-se espaços e assuntos de ação política constituindo assim formas de organização diferentes daquelas até então instaladas, ou seja, os sindicatos e partidos políticos.

Os anos 70 foram o período de mudanças econômicas e políticas profundas, temos uma intensificação da mobilização e da organização da sociedade civil, cujo ponto comum era a oposição ao governo militar. Destacamos ainda que a participação está ligada aos ideais de democratização e na saúde encontramos na história movimentos de organizações e da medicina comunitária iniciada em meados dessa década.

Sader (1988) destaca o papel desempenhado por esses novos sujeitos, em especial dos movimentos ocorridos na Grande São Paulo que passam a lutar efetivamente por seus direitos. Entre tais movimentos podemos citar: os clubes de mães da periferia, o movimento do custo de vida, a oposição metalúrgica, o movimento da saúde da periferia da zona leste.

Temos assim nos anos 70 e 80, uma fase de emergência dos movimentos sociais

que se organizam como espaços de ação reivindicativa e que se multiplicam por todo o país, mobilizando-se em torno de ações reivindicativas, de garantia e ampliação de direitos.

Nos anos 80 estes também se articulam em entidades representativas, cujas expressões mais fortes são a constituição da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e do Partido dos Trabalhadores.

Cortez (2002) afirma que com a redução da legitimidade política, o governo militar passou a tomar medidas com o objetivo de construir canais de representação de interesses, ampliando dessa forma, as bases sociais de apoio através da implementação de políticas para aliviar a pobreza e expandir a cobertura previdenciária.

Segundo a mesma autora, nesse período foram criadas formas democráticas de representação e expressão política como eleição para cargos no poder executivo, liberdade de imprensa, de associação e organização de partidos políticos; os programas governamentais previam a criação de comissões e Conselhos com representantes da sociedade.

Como programas na saúde, podemos citar as Ações Integradas em Saúde (AIS) criadas em 1984, cujo principal objetivo era aumentar a cobertura e melhorar a rede de serviços espalhadas nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), visando um novo modelo assistencial, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim a Previdência passa a comprar e pagar pelos serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Em 1985 ocorreu o movimento intitulado “Diretas Já” e a eleição “indireta” de Tancredo Neves que marcam o fim do regime militar e geram diversos movimentos sociais, inclusive na área da saúde, que culminaram com a criação das Associações de secretários estaduais (CONASS).

Na saúde é criado o Sistema Unificado Descentralizado em Saúde (SUDS) em 1987 propondo a integração dos serviços de saúde dos subsetores previdenciário e saúde

pública mediante convênios tripartites – MinSaúde, MinPrevidência e Assist. Social e Estados.

Esses períodos lembrados até aqui mostram que o movimento (mesmo que muitas vezes reprimido) da sociedade civil não foi em vão. Muitos dos benefícios foram concedidos com o objetivo único de sustentação política, mas houve significativo progresso.

2.2 O movimento da Reforma Sanitária

Com o fim do governo militar e, portanto, da repressão política, inicia-se o processo de redemocratização no Brasil. O movimento da reforma sanitária foi o mais significativo nesse processo, na retomada da participação democrática após um longo período de ditadura militar.

A saúde na década de 1980 deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. A partir dessa década a saúde contou com a participação de novos sujeitos destacando-se os profissionais de saúde, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (Cebes) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno dos temas Saúde e democracia e de elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar a temática nos seus programas e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, além dos movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2000, p. 109).

No Brasil esse foi um dos movimentos mais significativo na luta da participação foi:

[...] o movimento sanitário que, estrategicamente, envolveu alguns técnicos do ministério da saúde. Em 1979 no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, o movimento apresentou a sua proposta de reorientação do sistema de saúde, com o objetivo de descentralização do poder, fortalecimento do poder público, atendimento em geral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízos dos serviços assistenciais, universalização do atendimento e participação da comunidade (BRAVO, 2000, p. 271).

Nesse movimento reuniram os atores que criticavam a política e também os que lutavam para sua manutenção e é nesse cenário que se processou a reforma sanitária. Atores da sociedade civil passaram a criticar a política de saúde imposta e propuseram a reforma da mesma.

Em março de 1986 em Brasília (DF) aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde com uma ampla participação de cerca de 4.500 pessoas entre trabalhadores da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares. Esse acontecimento foi inegavelmente fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil e também um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde outros e diversos setores organizados da sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram outra dimensão com a participação de entidades representativas da população. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 1996).

Foi sem dúvida, além de um marco histórico no setor saúde, um importante momento de mobilização da sociedade civil organizada em torno do projeto de Reforma Sanitária.

A idéia de que a saúde é direito de todos e dever do Estado foi o princípio básico da reforma sanitária. A proposta que essa reforma fez para reorientar o sistema de saúde brasileiro foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Lembramos ainda, conforme Cortez (2002), que as agências internacionais nesse período (década de 1980) defendiam a redução do Estado como provedor de bens e serviços e propunham a participação da comunidade. A sociedade civil demonstrava uma capacidade de organização incomum, ao mesmo tempo que ia se liberalizando a vida política, provavelmente num movimento de insatisfação com a época de pouco crescimento da chamada “década perdida” (altas taxas de juros, inflação, com crescimento negativo).

Degennszajh (2000) ainda coloca que se intensificava o debate à respeito das políticas públicas, mas também a necessidade de democratização dos processos decisórios responsáveis pela definição de prioridades e modos de gestão de políticas e programas sociais.

O país vivia um período de grande aprofundamento das desigualdades, mas palco de avanços democráticos inquestionáveis.

Carvalho (1997, p. 93) coloca que:

[...] embora assumindo significados diversos ao longo do tempo, a que corresponderam padrões distintos de práticas sociais, o tema da participação esteve constantemente presente na retórica e na prática do movimento sanitário, atestando a íntima associação entre o social e o político, que no Brasil, tem caracterizado a agenda reformadora da saúde. Postulando a democratização do acesso a bens e serviços propiciadores de saúde, mas também a democratização do acesso ao poder, a agenda da reforma sempre teve nas propostas participativas a marca de sua preocupação com os “mecanismos de funcionamento” do Estado e não só com os “resultados redistributivos” de suas políticas.

Como vimos, a idéia de participação como núcleo integrante da administração de políticas públicas, na saúde, esteve vinculada tanto aos problemas financeiros representados pela crise da previdência quanto à necessidade de romper com um modelo administrativo por meio de decisões autoritárias, tomadas pelo poder central e de privilégio às praticas curativas e as de cunho privado (LOURENÇO, 2004).

O momento histórico a nosso ver tentava romper com o silêncio imposto nos anos de ditadura militar e a atitude era democrática, ou seja, chamava a atenção da população para o momento político que estava mudando.

Outro fator importante que deve ser levado em consideração é que ainda na década de 70, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde passam a preconizar alternativas de saúde visando a integralidade, a hierarquia, a regionalização e a universalização e esses pressupostos técnico-políticos deveriam ser adotados pelos países, conforme ficou determinado em Alma Ata no ano de 1978

A Conferência Internacional de Alma Ata tratou dos cuidados primários de saúde

onde expressaram a necessidade de ações de todos os governos, dos trabalhadores da saúde e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

Esse momento histórico e político foi outro marco. A política de saúde, a participação e a estratégia de atenção básica são adotadas pelo Estado Brasileiro como uma inteligência sanitária (CARVALHO, 1995).

Todo esse movimento repercute na gradual mudança do modelo hegemônico de saúde pública.

A nova Constituição Brasileira de 1988 incorpora o relatório produzido na VIII Conferência Nacional de Saúde, uma das conquistas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e incluiu uma seção sobre saúde.

A saúde deixa de ser privilégio de poucos, para ser direito de todos/universal. Deixa de ser contributiva tornando-se pública e gratuita. No artigo 196 da Constituição Federal a “Saúde é direito de todos e, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Constituição também previu a elaboração de Leis Orgânicas. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) aconteceu em 1990, no governo Collor após muita negociação com o Ministério da Saúde e com muitos vetos. Conhecida também como Lei número 8080/90 é regulamentada em setembro e dispõe sobre o funcionamento e organização dos serviços e sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Relaciona a participação da comunidade entre os seus princípios e estabelece no artigo 33 que os recursos financeiros do SUS em cada esfera do governo serão gastos sob acompanhamento de fiscalização dos Conselhos.

A Lei 8142/90 que regulamenta a participação social é produto de intensa mobilização social e um mecanismo para a efetivação da Reforma Sanitária. Esta dispõe sobre

a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência inter governamentais dos recursos financeiros na área da saúde. Define ainda as conferências e os Conselhos de saúde como instâncias para a sociedade civil organizada participar da gestão da política de saúde.

Essas Leis dão um novo tom a saúde, a qual deixa de ser o contrário de doenças para ter concepção integral, exigindo o desenvolvimento de ações voltadas para a erradicação das causas sociais que interferem na saúde. No seu artigo 2º e parágrafo 3º a LOS coloca que:

§ 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso dos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Esse novo conceito de saúde é considerado grande avanço dentro do sistema de saúde, pois deixa de levar em conta apenas o causador biológico da doença para considerar também os demais fatores que estimulam e predisõem o seu aparecimento.

A noção de seguridade é desvinculada da contribuição, e as pessoas passam a ter universalização de cobertura no âmbito da proteção social, especificamente dentro do SUS, que coloca como princípios básicos: a integralidade, equidade e universalização.

Na Constituição Federal de 1988, conforme artigo 198: a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade são ao mesmo tempo, princípios e diretrizes do SUS, constituindo-se, pois, o seu tripé de sustentação, visando a divisão de responsabilidades entre União, Estados e municípios, com a formação de Conselhos nessas três esferas de governo, a realização das Conferências e também com a formação dos Fundos.

Nesse contexto foram criados os Conselhos de saúde com o objetivo de controlar as iniciativas do Estado, assegurando a implementação de políticas de saúde que cumprissem os princípios do SUS.

Podemos dizer que nas décadas de 80 e 90 houve um aumento dos países que

optaram por regimes democráticos. Em contrapartida, houve um aumento da desigualdade social, desemprego, violência, deterioração das áreas de responsabilidade do setor público.

Na década de 90 o projeto neoliberal avançou com modelos e receitas de desenvolvimentos impostos pelas instituições financeiras internacionais marcadas por uma tendência de redução de investimentos do Estado nas políticas sociais, implantando a proposta de “Estado Mínimo”.

Aliado a isto estamos assistindo desde os anos 90 e na virada do século a uma generalização do discurso da participação. Assim como Valla (1993), Gohn (2003) coloca que participação é uma das palavras mais utilizadas no vocabulário político, científico e popular da modernidade e geralmente aparece associada a outros termos como democracia, representatividade e cidadania. Os diversos atores apóiam a “participação social”, a democracia participativa, o controle social sobre o Estado, a realização de parcerias entre Estado e sociedade civil.

Por conseguinte, esse processo de participação cria reivindicações, visto que as necessidades não satisfeitas acabam gerando demandas, que articuladas a determinados interesses de classe fazem emergir contradições e geram solicitações.

É importante lembrar, como Valla (1993) relata muito bem, que a maioria das reivindicações da população é de direito. Muitos dos serviços necessários que deveriam ser custeados com os impostos pagos pela população não são realizados e os impostos são gastos em outros projetos.

Essas reivindicações podem gerar o embrião de uma vontade coletiva popular baseada no senso comum.

É a prática do que chamamos cidadania. É a necessidade do maior envolvimento de participação possível dos cidadãos no processo decisório governamental nos chamados serviços sociais: educação, saúde, previdência social, saneamento básico, transportes

coletivos, cultura.

Nos atos que afetam a coletividade são inúmeras as formas de participação e representação popular. A mais comum é sem dúvida a eleição dos governantes. Outras que podemos citar são as associações comunitárias representando interesse de grupos específicos, associações de pais e alunos, o orçamento participativo que muitas prefeituras do país tem estendido à participação popular para a discussão das prioridades a serem realizadas no município.

No que se refere à saúde, a luta por um sistema que atenda a todos de modo eficaz protegendo e recuperando os que adoecem, de modo igualitário e gratuito, pode ser conduzido também como uma luta para que esse sistema funcione no sentido de prevenir e evitar a doença. Dessa forma é de extrema importância que as vigilâncias sanitária e epidemiológica estejam em sintonia de modo a atender as necessidades de cada município.

A importante conquista da participação dos cidadãos no processo de formulação e controle das políticas públicas foi inegavelmente um avanço na questão dos direitos sociais alcançados através da Constituição Federal de 1988.

Na questão saúde, esta passa ser um direito de todos e garantida pelo Estado com um serviço essencial e de caráter público, baseando-se no princípio da igualdade. Além de acessível a todos, este direito contempla a necessidade de participação individual e coletiva no planejamento e execução das ações de saúde.

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de incorporação nas ações, não mais como estratégia de incorporação do saber e da experiência popular ou de aproximação com a comunidade, mas como forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas no sentido para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde (CARVALHO, 1995, p. 96).

Nessa perspectiva, os Conselhos de Saúde são os espaços de participação efetiva

dessa população que podem promover o debate sobre as ações em saúde. Nesse espaço que contemplam além dos representantes da sociedade civil, os representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde podem emergir vontades políticas que colocadas em discussão podem contemplar ações coletivas.

2.3 O SUS e os desafios para seu pleno funcionamento

Como vimos até aqui, a participação conjunta de profissionais de saúde, representantes dos movimentos sociais, sindicatos, intelectuais levou a proposta da reforma sanitária que constituiu a base de um novo sistema de saúde debatido no processo constituinte de 1987/1988 e colocou fim ao sistema de saúde que estava em vigor.

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal de 1988 estão os fundamentos de uma importante transformação no Sistema de Saúde Brasileiro. O que levou os constituintes a proporem as mudanças foi o consenso da inadequação do sistema de saúde onde se via um quadro de doenças de todos os tipos condicionadas pelo tipo de desenvolvimento econômico e social do País e que o sistema não conseguia atender; sobre oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros; excessiva centralização; populações excluídas do atendimento, principalmente os mais pobres e desprotegidos; recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades; descoordenação entre os órgãos públicos e privados e outros.

As políticas, nessa época, encaravam a saúde muito mais como negócio, para proporcionar lucros aos que dela viviam do que propriamente como instrumento para melhorar a vida da população.

O texto Constitucional demonstra que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população. Isso sem

dúvida refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi princípio de governo.

Dessa forma o SUS acontece como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento das ações e serviços de Saúde.

A iniciativa por um Sistema Único de Saúde é porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Dessa forma, o SUS é um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum, baseado nas atividades de promoção e recuperação da saúde.

As principais propostas que nortearam a construção do SUS são baseadas nos preceitos Constitucionais e se norteiam pelos seguintes princípios doutrinários:

- 1. universalização:** a concepção de saúde como direito e como dever do Estado, ou seja, todas as pessoas têm direito a atendimento independente de sua cor, raça, constituição civil, local de moradia, situação de emprego ou renda. Deixou de ser contributiva para ser direito do cidadão;
- 2. equidade:** todo cidadão deve ser atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem se nortear sabendo que há diferenças de grupos de população, de regiões e deve trabalhar para atender as necessidades. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento à todas as pessoas, da mesma maneira, pois dessa forma alguns vão ter o que não necessitam e outras não serão atendidas em suas necessidades. Dessa maneira o SUS foi pensado em tratar desigualmente os desiguais;
- 3. integralidade:** as ações de saúde devem ser voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento e a reabilitação. O indivíduo é um ser social que está sujeito a riscos, tanto biologicamente,

psicologicamente quanto socialmente. Desta forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para a suas doenças. Portanto, deve haver ações de promoção de saúde (que envolve ações de outras áreas como habitação, meio ambiente, educação), proteção específica (saneamento básico, imunizações, vigilância à saúde e sanitária), diagnóstico e tratamento (atendimento médico) e reabilitação (recuperação dos doentes).

Os princípios que regem a organização do SUS são:

- a) **regionalização e hierarquização:** permite um maior conhecimento dos problemas de saúde da população de uma determinada área, favorecendo desta forma as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, além de toda a atenção em todos níveis;
- b) **resolutividade:** exige que quando o indivíduo busca o atendimento ou quando surja um problema de impacto coletivo, o serviço de saúde tenha condições e esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo;
- c) **descentralização:** redistribuiu as responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo, partindo do pressuposto de que quanto mais perto do fato/problema a decisão for tomada maior terá a chance de acerto. Desta forma, aos municípios cabe a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde. A esse processo foi dado o nome de municipalização;
- d) **complementaridade do Setor Privado:** quando por insuficiência do setor público for necessária a contratação de serviços privados isto deve se dar na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede;
- e) **participação dos cidadãos e o controle social:** é a garantia que a população através de suas entidades representativas poderá participar do processo de

formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal. Como já vimos anteriormente essa participação pode acontecer através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

O SUS é seguramente a resposta adequada aos problemas de saúde de nosso país. Seria o melhor plano de saúde não fossem os problemas. Por que vemos atualmente os meios de comunicação, freqüentemente, veicularem notícias sobre a ineficiência do sistema, as filas de espera, os corredores de hospitais lotados, hospitais sucateados, profissionais mal remunerados?

Nesses 17 anos de vigência do SUS e das Leis 8080 e 8142/90 encontramos sem dúvida grandes desafios a serem transpostos.

Um deles é a política neoliberal vigente que agride as políticas públicas no movimento que ela faz de redução cada vez mais do Estado.

Outro desafio, que com certeza é o resultado do primeiro é a insuficiência de recursos para financiar os programas e ações do SUS e ainda outro agravante é que muitas vezes, há pouca ou baixa experiência da gestão pública.

Carvalho (1997, p. 96) enfatiza que:

[...] com sua pauta minimalista de política social e seu projeto de desmonte do aparelho estatal provedor e regulador, a reforma do Estado presidida pela razão econômica, apresenta-se como um veto à Reforma Sanitária. No fogo da barragem da eficiência contra a equidade, o campo da Reforma Sanitária perde seu elo doutrinário com a temática da reforma do Estado, aceitando tacitamente que a bandeira da eficiência seja monopolizada pelos neoliberais e que o SUS seja colocado em xeque, não pelos constrangimentos financeiros e administrativos que sofre, mas por suas generosidades universalistas, “irremediavelmente geradoras de práticas perdulárias”.

É necessário reconhecer, os princípios e diretrizes do SUS e sua tentativa de concretização encontram-se dificultados pela política econômica vigente desde a década de 90, que privilegia o sistema financeiro, o mercado e um Estado de “baixo” compromisso com

políticas públicas redistributivas, desenvolvimentistas, de pleno emprego, visando a qualidade de vida e os direitos do cidadão (alimentação, segurança, emprego, saneamento básico, meio ambiente, educação, habitação, saúde e outros).

Tantas e de grande complexidade são as causas das dificuldades e os desafios a serem atingidos que aqui não nos cabe ressaltar.

A sua efetiva implantação e o seu pleno funcionamento dependem de postura gerencial e assistencial, vontade política, clareza estratégica e competência técnica e além de obviamente ter presente que é o cidadão o foco principal do SUS.

É o cidadão que desempenha diferentes papéis: ele é o usuário do SUS, ele é o financiador e exercendo esses dois papéis nada mais justo e lógico que desempenhar o papel de “decisor”.

Ele tem direito a participar nas decisões referente a sua saúde, tem direito a um serviço adequado, direito a informação.

Entretanto, esse direito garantido constitucionalmente, é pouco utilizado em função de nossa história de participação reprimida. Isso, a nosso ver, se reflete na forma de “participação” dos cidadãos na administração da coisa pública.

2.4 Os Conselhos – instrumentos de controle social regulado e institucionalizado

Como vimos, no item 2.3, a base legal da criação dos Conselhos está na Constituição Federal que prevê algumas formas de participação do povo na gestão da administração.

Assim a reforma do sistema propiciou a participação dos cidadãos de modo a contribuir na tomada de decisões do setor saúde dando voz à população.

A lei 8.142/1990 ampliou a possibilidade do envolvimento dos usuários. São

estabelecidas duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde. As Conferências são fóruns amplos, onde se reúnem a cada quatro anos representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” nos três níveis de governo.

No Artigo 1º, § 2º,

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe ressaltar que “o caráter deliberativo é uma importante conquista legal que fortalece o Conselho ao estabelecer sua capacidade de interferir efetivamente na gestão da saúde e não de apenas opinar ou ser consultado sobre ela” (SACARDO; CASTRO, 2002, p. 21).

Na verdade o Conselho quase sempre não decide quais políticas e ações serão executadas, mas podem decidir se correspondem ou não ao interesse público.

E, segundo Santos (2003, p. 1), “a deliberação do Conselho torna-se um ato de governo quando é homologado pelo Secretário e publicado no diário oficial. Ao intervir nesta dinâmica o conselheiro atua como Estado e seu ato é mais forte que uma portaria governamental”.

Cabe-nos aqui, entretanto, fazer um questionamento. A implantação dos Conselhos de Saúde realmente efetivou a participação nas decisões?

Os Conselhos de Saúde disseminaram-se no país em larga escala, a partir das disposições da Constituição de 1988 e após a legislação que os regulamentou, tornando-os parte constitutiva e obrigatória do SUS (Leis 8080 e 8142/90) e dessa forma, o controle social

passou a ser uma forma de interlocução regulada e institucionalizada.

“A efetiva descentralização da gestão e a ampla disseminação dos Conselhos de Saúde por todo o país são lembrados positivamente em todos os inventários sobre realizações do SUS, como inovações que ‘pegaram’” (CARVALHO, 1997, p. 77). Entretanto, não é claro seu papel nos futuros desdobramentos do SUS e da Reforma Sanitária. Aqui, tanto a reflexão teórica quanto o cálculo político parecem presos a um círculo de giz onde os Conselhos são tratados ou como heróis guardiões do SUS, ou como construções fúteis, de escassa potência política (CARVALHO, 1997).

A formação dos Conselhos é um requisito para que os recursos para a saúde sejam transferidos pelo governo federal. Dessa forma são necessários. No entanto, o que se observa, através da literatura, é que algumas prefeituras formam o Conselho com indicação de pessoas de sua confiança que se deixam manipular e que em função desta “parceria” não defendem os interesses coletivos.

Como vimos, os Conselhos de saúde e as conferências de saúde sejam elas nacionais, estaduais e/ou municipais são espaços institucionalizados importantes para o exercício do controle social. A comunidade deve saber onde e como o dinheiro está sendo aplicado na saúde no âmbito de estados e municípios, fiscalizando e controlando dessa forma como está sendo desenvolvida a oferta de atenção em saúde. Deve participar com o governo das decisões, propondo ações e programas para resolução de seus problemas de saúde.

Nesse sentido, o controle social precisa ter capacidade de interferir, de se contrapor para de fato, desempenhar seu papel, formalizado através de Conselhos, o que significa ter informações, ter opinião na perspectiva de defesa de interesses coletivos.

Resta-nos dizer que a primeira fase do controle social foi a da introdução da presença da sociedade civil na gestão. A segunda fase do controle social parece a mais desafiadora, pois está atrelada a fazer com que as leis deixem de ser meros instrumentos

formais, passando à sua efetiva aplicação. Uma das exigências para isto é o controle do fundo público. É preciso entender de orçamento. Esta fase significa que o controle social não pode se limitar a vigiar a democracia, sendo necessário construir metas e propostas para consolidar as leis em direitos efetivos.

Ribeiro (1996, p. 43) observa que os Conselhos podem assumir dois perfis:

[...] o de vocalização de demandas e o de pactuação de interesses. Na verdade, isso poderia ser visto como a própria dinâmica do processo de estabelecimento do interesse público quanto a temas específicos. O predomínio da vocalização ou da pactuação poderiam expressar momentos distintos de um mesmo processo voltado para operacionalizar o interesse comum para cada questão ou demanda tematizada por um grupo específico de interesses. O interesse público, assim, não é dado previamente, e sim socialmente construído, num processo político de conflito e pactuação.

Nessa perspectiva, os Conselhos de Saúde são instâncias de expressão das vontades políticas e de formação de opinião. Não governam, mas podem estabelecer os parâmetros do interesse público para a administração. Podem definir o que deve ser feito e avaliar o que foi feito.

Sendo assim, a administração aceita e compreende o controle social no interior das políticas públicas, no interior das decisões administrativas?

Concordamos com Assis (2003) quando coloca que a participação implica em contradição: de um lado legitima a política do Estado diante da população, por outro significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação da verba pública.

Apesar de os Conselhos de saúde serem espaços de participação direta e efetiva, a mobilização e a organização da luta contra-hegemônica deve-se dar além deste lócus do poder do Estado, que são os Conselhos, pois neste espaço quem, muitas vezes determina a hegemonia, é o próprio Estado.

Frente a todas as relações contraditórias que permeiam as políticas sociais aqui apresentadas é que surgiu a oportunidade de acompanhar o papel do Conselho Municipal na

cidade de Franca – SP. Analisar a atuação do Conselho de Saúde e o seu papel frente ao Plano de Saúde local e quais as diretrizes que são utilizadas para atender a população, verificando se elas estão proporcionando o acesso universal e equânime dos usuários desta política.

O SUS propôs mudanças muito complexas que ferem muitos interesses de grupos dominantes no País ao mesmo tempo que também concilia interesses. Por isso, sua construção requer participação e pressão dos setores sociais comprometidos com a melhoria da qualidade da assistência à saúde e dos serviços públicos. A consolidação do SUS depende do fortalecimento da organização da própria sociedade civil, para que os vários segmentos tenham representatividade, força e independência na atuação, nos espaços institucionais de participação social.

Como vimos anteriormente, Assis (2003) coloca que até meados da década de 80 os Conselhos comunitários eram criados pelo próprio poder público para negociar demandas populares. Era uma necessidade em função da crescente mobilização popular decorrente das formas coletivas de resistência à crise econômica daquele período. Por outro lado, os Conselhos populares se apresentavam como uma forma política, independente do Estado e dos partidos políticos, criados a partir dos próprios movimentos, com uma estrutura informal, não institucionais baseados em ações diretas, cuja visibilidade marcaram a história de luta dos movimentos sociais urbanos.

Nos anos 90, os Conselhos e as conferências assumem papéis institucionais fundamentais, pois passam a ser o “lócus” onde os representantes dos usuários apresentam suas demandas aos gestores.

Degennszajh (2000) refere que os Conselhos se opõem à histórica tendência clientelística, patrimonialista e autoritária do Estado brasileiro, pois é uma organização que permite a construção de novos sujeitos sociais, principalmente daqueles que eram excluídos socialmente das decisões do poder político na “coisa pública”.

É importante ressaltar que essa referência está, no entanto, na contracorrente da reforma neoliberal conduzida pelo Estado brasileiro. E, como Oliveira (2004, p. 19) retrata muito bem, “a sociedade brasileira é jogada no turbilhão por uma aceleração sem precedentes da acumulação do capital à escala mundial. Mundializando-se agora para tentar crescer economicamente, inviabilizando-se como nação, como economia e como sociedade”.

O que ocorre é que a Constituição Federal de 1988 favorece a população através de direitos constitucionais e o Estado inviabiliza esses direitos. Para Francisco de Oliveira (2004) a assimetria entre o poder político e o econômico ampliou-se e as empresas agora são o poder político e estão/participam em todos os lugares: no Executivo, no Legislativo e no Judiciário e se tornaram mundializadas. É o que vemos quando os partidos políticos são financiados pelas empresas e mais tarde estes são chamados a privilegiá-los. É o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC) ditando as regras de como conduzir a economia e o movimento político do país.

Trata-se de uma dinâmica sociopolítica que envolve a organização e a representação de interesses coletivos na cena pública, de modo a serem confrontados e negociados a partir do enfrentamento dos conflitos que regem as relações sociais.

Nesse sentido, os Conselhos representam uma conquista da sociedade civil na medida em que buscam a ampliação e o fortalecimento do poder local. Mas é importante ressaltar que não são os únicos no caminho da participação política e sim um dos instrumentos que a sociedade conseguiu conquistar.

Cabe-nos aqui outra pergunta. Foi dada a possibilidade de participação nas decisões do que é o melhor para a coletividade. Os representantes da sociedade civil estão aptos a realizar tão importante tarefa?

Vanderlei e Witt (2003, p. 137) colocam a importância dessa representação porque

[...] ao mesmo tempo em que permite ao cidadão a possibilidade de praticar o controle e a fiscalização das ações de saúde, dá a este, também, o direito e a responsabilidade de tomar decisões, as quais podem ter como consequência a melhoria da assistência à sua saúde, à de seus familiares e à de sua comunidade.

Sendo assim, os representantes dos segmentos organizados têm a importante tarefa não só de fiscalizar, mas avaliar o cotidiano, os assuntos do dia-a-dia, para em conjunto debater os assuntos, vocalizar as demandas e solicitar os ajustes, as práticas, as ações necessárias.

Nessa perspectiva, Vanderlei e Witt (2003, p. 137) ainda acrescentam que:

[...] os Conselhos de Saúde constituem-se em espaços conflituosos por integrarem atores que portam diferentes projetos e interesses. São arenas de disputas e concentrações de interesses, servindo também como possíveis espaços para os sujeitos sociais que deles participam construir a sua cidadania, e ao exercerem o “poder participativo”, constituírem-se em sujeitos políticos com capacidade e potência para influenciarem, positivamente, a implementação do SUS no nível local.

Esses autores realizaram um estudo e constataram que o controle social preconizado pela Constituição Federal e Leis 8080 e 8142/90 em termos de participação da comunidade pouco avançou.

Entre as várias razões, talvez a mais importante, seja a falta de preparação dos conselheiros em avaliar as demandas sociais.

Outra autora, Correia (2003) debate o tema da capacitação dos conselheiros de saúde para a efetivação do controle social enfatizando que existem algumas dificuldades para esse exercício e é de fato um desafio para os Conselhos de Saúde.

Entre as dificuldades, a autora cita:

[...] a fragilidade do nível de organização dos movimentos populares e sindicais; a cultura de submissão arraigada na população brasileira; a baixa representatividade e conseqüentemente, a baixa legitimidade dos conselheiros pela pouca organicidade com sua base; a desarticulação em vários níveis; a desinformação generalizada; a pouca transparência dos recursos financeiros (CORREIA, 2003, p. 142).

Nesse aspecto a capacitação dos conselheiros é apenas um dos muitos instrumentos para efetivação do controle social. É necessário o fortalecimento das entidades populares para direcionar as demandas e serem representadas no Conselho.

É importante ressaltar que a participação popular possibilita que a população interfira nas políticas públicas, especificamente na saúde pública, no caso do Conselho Municipal de Saúde, garantindo a prioridade dos interesses da coletividade. O que é público deve estar sob o controle dos usuários, refletindo o real poder da população em modificar planos e políticas (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 1992).

Dessa forma, é de suma importância levar em conta que os usuários são quem melhor conhecem a realidade e as reais necessidades das suas comunidades.

Apesar dos aspectos avançados de democracia explícita na Constituição de 1988, a participação é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, muitas vezes é necessária a intervenção de profissionais comprometidos para conseguir maior mobilização da população.

Assim, esta pesquisa pretende como foco principal conhecer a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde e as estratégias utilizadas por esse mecanismo para favorecer a participação e o controle social.

3 O OBJETO E OS OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 Objeto do estudo

A participação popular através do Conselho Municipal de Saúde constitui-se no objeto do presente estudo. Ao optarmos pelo tema pretendemos analisar a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde da cidade de Franca no período 2004-2005, visando compreender em que medida este Conselho constitui-se num espaço público capaz de catalisar a interlocução entre a administração municipal e a sociedade, através da participação da população nesse Conselho.

3.2 Objetivos

O objetivo da pesquisa é analisar a atuação 2004/2005 do Conselho Municipal de Saúde da cidade de Franca, caracterizando a participação dos representantes dos usuários no referente à aprovação, elegibilidade de diretrizes e fiscalização da saúde pública no município.

Os objetivos específicos são:

- conhecer a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde no processo de gestão, financiamento e controle da política de saúde do município;
- conhecer as estratégias encontradas pelo Conselho Municipal de Saúde para favorecer a participação e o controle social;

- conhecer em que medida a administração municipal reconhece o Conselho Municipal de Saúde de Franca como seu interlocutor na gestão do setor.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 A opção e o caminho metodológico

Tendo em vista os objetivos propostos optamos em construir nossa metodologia com o intuito de uma maior apreensão das coerências e das contradições na implementação e na efetivação do controle social proposto pelo SUS em Franca. Dessa forma utilizamos a abordagem da pesquisa qualitativa embasada na necessidade de um aprofundamento dos dados, na busca de desvendar a ação do Conselho Municipal de Saúde e também a participação dos usuários e os vários determinantes que a possibilitam no processo de implementação e efetivação do SUS.

Segundo Minayo (2004, p. 10) “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados e das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

Definimos na presente pesquisa que o lócus de nossa análise se daria na cidade de Franca-SP tendo como contexto o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, através dos representantes dos vários segmentos e como estes entendem seu papel como sujeitos de participação.

É importante destacar que a representatividade e legitimidade dos representantes instituídos devem estar condizentes com vontade e interesses coletivos. Dessa forma, a análise foi baseada em questões levando-se em consideração que os Conselhos são órgãos colegiados, de caráter deliberativo e que tem a responsabilidade de definir, fiscalizar e avaliar as políticas de saúde e a própria organização do sistema de atendimento e demandas.

A exigência da Lei 8.142/1990 que define a paridade da composição do Conselho em 50% representando os usuários e os outros 50% representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da saúde, remete à reflexão sobre a indicação dos conselheiros, pois a indicação nem sempre acontece através de escolhas democráticas.

Lembramos ainda que as representações podem evidenciar contradições, ou seja, como foram indicados, como vêm a questão e os problemas da saúde na cidade. Dessa forma, privilegiamos a questão estudando como aconteceu a indicação dos conselheiros para o Conselho de Saúde detalhando se esta foi a primeira ou se este já havia participado mais vezes.

Esclarecemos que os caminhos percorridos são os de praxe para toda pesquisa científica e sendo assim, com autorização prévia do comitê de ética em pesquisa da Universidade e autorização prévia do presidente do Conselho Municipal de Saúde de Franca.

Cabe-nos ressaltar que o C.M.S. na cidade de Franca tem mandato por 02 anos, sendo que a gestão analisada assumiu em fevereiro de 2004. Portanto a pesquisa envolve o colegiado - gestão 2004/2005 envolvendo o período até julho de 2005.

Em função da troca de partidos políticos na administração municipal - visto que nas eleições 2004 houve a preferência popular por partido contrário ao da então administração - houve troca de alguns conselheiros representantes do governo em 2005 quando então assumiu a nova gestão. Portanto a pesquisa envolveu os conselheiros eleitos que participavam do colegiado em 2005.

Outra forma de estudo é a observação e análise de como a administração propicia a participação da comunidade visto que o Conselho Municipal de Saúde teve oportunidade de trabalhar com administrações distintas.

Consideramos também as matérias de jornais veiculadas na cidade sobre o sistema de saúde local e o estudo minucioso das Atas aprovadas pelo colegiado desde sua instalação

até o mês de julho de 2005. Dessa forma, analisamos dezoito meses de gestão do colegiado.

Para conhecer e assim avaliar a gestão do colegiado entendemos que se fazia necessário conhecer a política de saúde do município de Franca. Dessa forma, descrevemos aqui as duas etapas percorridas:

- Pesquisa Documental;
- Entrevistas.

Através dos conhecimentos teóricos existentes e de um contato mais aprofundado com o real, objetivamos dessa forma, maior aproximação com a realidade apresentada, conhecendo assim as estratégias utilizadas pelo Conselho Municipal de Saúde para favorecer a participação e o controle social.

4.2 Pesquisa documental

Na primeira etapa, nosso objetivo é apresentar os assuntos relevantes ligados à gestão de saúde pública no município de Franca através de matérias veiculadas pelo jornal. Esclarecemos que a cidade conta com duas empresas de jornalismo e para facilitar o processo de pesquisa optamos por coletar os dados do jornal de maior circulação na cidade.

A proposta de análise é conhecer os assuntos relevantes veiculados pela imprensa local e se os mesmos são discutidos pelo Conselho Municipal de Saúde da cidade. Partimos do pressuposto que o jornal é um canal de expressão e assim verificamos o quanto o Conselho Municipal de Saúde de Franca é sensível às colocações feitas pelos órgãos de comunicação. Enfim, a proposta é confrontar o material veiculado com o material discutido pelo colegiado responsável pelo controle das ações em saúde no município.

Ressaltamos que foram avaliados 518 (quinhentos e dezoito) edições diárias de jornais, totalizando 404 (quatrocentos e quatro) matérias referentes a questões envolvendo a saúde.

Na segunda etapa, nosso objetivo foi levantar os assuntos tratados pelo Conselho Municipal de Saúde de Franca e dessa forma as 27 (vinte e sete) Atas aprovadas pelo colegiado durante o período de fevereiro de 2004 a julho de 2005, são analisadas e destacadas na presente pesquisa.

Após um levantamento minucioso das Atas e das matérias de jornais, tendo como finalidade extrair material, organizar e interpretar segundo os objetivos da investigação proposta tivemos condições de analisar um ano e seis meses de gestão do colegiado e para tanto, utilizamos como metodologia a análise de conteúdo.

Citando Minayo (2004, p. 203),

[...] a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.

Na análise do material utilizamos como técnica a análise temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2004, p. 209).

Ressaltamos, ainda, que freqüentamos a reunião como ouvinte desde julho de 2004 e, portanto essa observação também serviu de embasamento para nossa avaliação.

4.3 Entrevistas

O trabalho de levantamento de assuntos através das matérias de jornais, assim como a frequência nas reuniões do Conselho pela pesquisadora, possibilitaram conhecer a política de saúde praticada na cidade e os assuntos debatidos no Conselho expressando a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde de Franca assim como a sua atuação frente aos assuntos de saúde, permitindo uma primeira visualização do grau de participação dos representantes frente à aprovação, elegibilidade de diretrizes e fiscalização da saúde pública de Franca.

Entretanto, era necessário conhecer como pensam os representantes dos vários segmentos, o que nos permitiria conhecer em mais detalhes e com certa profundidade os meandros das estratégias encontradas pelo CMS para favorecer a participação e controle social. Sendo assim, optamos por entrevistar alguns conselheiros.

A opção foi por entrevistas semi-estruturadas, a partir de perguntas abertas onde os entrevistados têm liberdade para responder de acordo com o seu entendimento, podendo contribuir significativamente para com a pesquisa visto que propicia a visão dos conselheiros sobre como a participação e o controle social podem mudar os rumos da política social.

Dessa forma, combinando perguntas abertas e fechadas, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto e fornecer uma visão mais profunda sobre determinados assuntos de interesse da pesquisa.

Como critério de inclusão, selecionamos entre os entrevistados aqueles com maior assiduidade nas reuniões do colegiado, ou seja, que participaram de mais de 50% das reuniões realizadas no período estudado, totalizando 11 (onze) conselheiros. Definimos assim, através de verificação no livro de presenças do Conselho Municipal de Saúde de Franca, quais conselheiros seriam entrevistados para garantir também que conseguíssemos atingir os propósitos da pesquisa. Consideramos para tanto Triviños (1995), que para ele o pesquisador

pode escolher seus entrevistados com o objetivo de obter informações necessárias para a sua pesquisa.

As entrevistas possibilitam delinear a caracterização da estrutura do colegiado bem como se estes estão conseguindo desempenhar suas atribuições a partir de questões centrais como:

- idade e nível de escolaridade do conselheiro;
- qual o segmento que representa;
- como aconteceu a sua indicação e quantas vezes já participou do Conselho;
- se já apresentou propostas a serem discutidas e se participa das discussões propostas em pauta nas reuniões do colegiado;
- se o Conselheiro se acha atuante e por quê;
- como o Conselheiro avalia o desempenho do Conselho no ano de 2004 e no ano de 2005;
- quais os principais problemas que existem na saúde na cidade, na ótica dos conselheiros;
- como é a dinâmica do Conselho;
- como os Conselheiros avaliam a participação e o controle social através do Conselho Municipal de Saúde.

Para maior comodidade e obtenção de êxito, tivemos como critério pré-agendar as entrevistas com os entrevistados com determinação de hora, local e data para realização de acordo com a preferência e disponibilidade do entrevistado.

O questionário é composto por 10 (dez) perguntas (Anexo D) e as respostas coletadas através do uso de gravador. Agimos dessa maneira, pois entendemos que as questões podem ser limitadas se simplesmente escritas e através das falas tem-se acesso à espontaneidade dos entrevistados.

Com o uso do questionário é possível coletar informações sobre as dificuldades, avanços, como os conselheiros vêem os problemas de saúde local, como é a dinâmica do Conselho e como eles avaliam a participação e o controle social através deste colegiado.

Buscamos eleger categorias de análise visando o aprofundamento da realidade estudada e além da perspectiva metodológica qualitativa, utilizamos fontes secundárias como o Plano Municipal de Saúde, Regimento Interno, Atas das reuniões e relatórios diversos do Conselho.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A saúde na cidade de Franca

A cidade pertence à Direção Regional de Saúde de Franca (DIR XIII) que compreende uma região com 22 municípios, sendo que Franca é a maior delas e também sede da DIR XIII. Os demais municípios são: Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Guara, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlandia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São José da Bela Vista e São Joaquim da Barra.

Atualmente tem uma população de cerca de 320 mil habitantes e conforme dados da fundação SEADE – IPES 65% da população é economicamente ativa em proporção à população total e o município está habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde desde 1998.

A Secretaria Municipal, responsável pela organização dos Serviços de Saúde tem como meta desenvolver as ações preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde nas áreas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Família, Controle do Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Saúde Bucal, Tuberculose, Hanseníase, Saúde Mental, Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, Assistência Farmacêutica e exames de apoio e diagnóstico. Possui serviços de média e alta complexidade, incluindo leitos hospitalares cirúrgicos, UTI etc., permitindo que desenvolva atendimento na atenção Primária, Secundária e Terciária.

Conforme é apresentado no Quadro 1, a seguir, a rede pública municipal de saúde

está constituída por:

Quadro 1 – Serviços do Sistema Municipal de Saúde de Franca – SP.

Unidades de Saúde	Quantidade	Horário de Funcionamento
PSF's	05	07 às 17 horas
UBS	13	07 às 17 horas
Unidade Distrital	01	24 horas
Pronto Socorro Adulto	01	24 horas
Pronto Socorro Infantil	01	24 horas
Total Leitos Cirúrgicos	143	
Total Leitos Clínicos	174	
Total Leitos UTIs	37	
Total Leitos Psiquiátricos	200	

Fonte: FRANCA, 2004, p. 12.

Na atenção primária, a cidade conta com 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma delas Unidade Distrital que possuem equipe composta por Assistente Social, Clínico Geral, Dentista, Enfermeira, Fonoaudióloga, Ginecologista, Pediatra, Recepcionista e Auxiliar e Técnico de Enfermagem e de Limpeza. Esclarecemos que a Unidade Distrital oferece assistência contínua em funcionamento 24 horas.

Ainda na atenção primária mantém cinco núcleos de Saúde da Família (PSF) localizados nas regiões periféricas da cidade e conforme prevê o Ministério da Saúde cada equipe é composta por um Médico de Família, uma Enfermeira, dois Técnicos de Enfermagem e oito Agentes Comunitários.

A atenção primária desenvolve programas voltados à Saúde da Criança e do Adolescente, a Imunização, ao Combate às Carências Nutricionais, Saúde da Mulher, além dos programas voltados para Saúde Bucal, Hipertensão Arterial, Cardiologia Preventiva e Fonoaudiologia.

No nível secundário a rede municipal conta com a Vigilância Sanitária e

Epidemiológica e os Ambulatórios de Especialidades sendo: Ambulatório de Referência na área de Endocrinologia Infantil e Adulta/Diabetes, Ambulatório de DST/AIDS, Ambulatório de Fisiologia e Dermatologia Sanitária, Ambulatória de Saúde Mental, Ambulatório de Renais Crônicos e NGA (Núcleo de Gestão Assistencial) com atendimentos médicos especializados nas áreas: vascular, cardiologia, gastroenterologia, dermatologia, fisioterapia, homeopatia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, reumatologia, urologia, hematologia, oncologia, alergologia e otorrinolaringologia. Para o atendimento terciário, Franca conta com convênio com o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, a Santa Casa de Misericórdia de Franca, Hospital do Coração Otávio Quércia e o Hospital do Câncer. Há ainda os serviços de urgência e emergência, realizados pelos Prontos Socorros Adulto e Infantil e o serviço de apoio como: Unidade de Avaliação e Controle (UAC), serviços de transportes internos e externos, exames, dentre outros.

Os Ambulatórios são compostos por equipes multiprofissionais: Assistente Social, Bioquímico, Dentista, Enfermeira, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Médicos de diversas especialidades, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Auxiliar e Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Limpeza.

A Secretaria desenvolve também os programas DST/AIDS, Saúde do Idoso, Planejamento Familiar, Saúde Mental, Ambulatório de Crianças de Alto Risco e o Núcleo de Gestão Assistencial que abrange várias especialidades médicas cujo atendimento se dá mediante encaminhamento médico da rede assistencial básica.

O atendimento terciário é prestado pela rede hospitalar onde o SUS mantém convênio com a Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca que compreende o Complexo Hospital Geral, Hospital do Coração e Hospital do Câncer e Centro de Reabilitação. A SMS de Franca mantém convênio com o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec.

5.1.1 A questão da saúde apontada pela imprensa

A saúde é um tema extremamente relevante e muito destacado e se torna ainda mais evidente em épocas de eleições. Na cidade de Franca não é diferente do que ocorre nos municípios e estados brasileiros.

Analisando as 404 matérias de jornais veiculadas na cidade envolvendo a saúde no período que compreende nosso estudo, observamos que os assuntos evidenciados pela imprensa envolvem principalmente a avaliação da qualidade da assistência (17%) e os Hospitais credenciados (31%). Dessa forma seguimos a organização do material analisado elegendo esses assuntos como categorias de análise.

5.1.1.1 A avaliação da qualidade da assistência

Na avaliação da qualidade da assistência podemos contar com a avaliação das 69 matérias de jornal, ou seja 17% do total, que focaram essa questão nos meses de análise. Como se tratou de um período de transição de governos o assunto foi muito destacado pela mídia local. Em especial relatamos que nesse período de campanhas era comum o ataque realizado pela oposição alegando que os vários problemas apresentados na saúde ocorriam em função de gerenciamento e de outro lado, a administração justificando/alegando que o problema da saúde na cidade é financiamento.

O Jornal da cidade denunciava no decorrer desses 18 meses de avaliação:

- dificuldade de agendamento de consultas nas unidades básicas de saúde;
- falta de medicamentos;
- ausência de atenção por parte de médicos e funcionários, enfatizando a relação médico/profissionais de saúde com os pacientes;

- grande procura pelos prontos socorros adulto e infantil;
- fila de espera para cirurgias eletivas;
- fila de espera para realização de exames.

Em 2005 os problemas/denúncias se acirraram com as mudanças que ocorreram na condução da gestão em saúde impostas pela nova administração na Prefeitura Municipal de Franca. Dessa forma logo no início do ano, a imprensa divulgava as primeiras mudanças no sistema de saúde local:

- exigência por parte da Prefeitura do cumprimento da carga horária estipulada em contrato pelos profissionais de saúde;
- redução de horas extras dos profissionais de saúde;
- adequação dos serviços para redução de 10% nos gastos com saúde.

A maioria dos profissionais de saúde não cumpre a jornada estipulada em contrato de trabalho. Dessa forma a exigência da prefeitura para o cumprimento da jornada fez com que muitos dos profissionais que acumulam outros empregos além da prefeitura tivessem que se reorganizar junto a seus outros trabalhos.

Outra informação é que o número de trabalhadores da saúde é insuficiente para atender a demanda. Sendo assim, até no final do ano de 2004 era comum que os profissionais realizassem horas extras.

Aliado a essas situações outro assunto destacado pela imprensa era que a cidade acumulou dívidas e uma das medidas da nova administração da prefeitura era a redução nos gastos sendo que a saúde também seria atingida.

O teor das primeiras mudanças fez com que fosse movimentado o setor da saúde. Dessa forma, com o decorrer dos meses a situação da saúde na cidade foi denunciada várias vezes, conforme avaliação nas matérias de jornais, em que o tema saúde recebeu destaque da imprensa em várias situações, pois foi momento bastante conturbado entre dirigentes e

servidores. A pesquisa documental nos mostra que foram noticiadas os seguintes assuntos:

- aumento da carga horária com determinação de redução do número de consultas atendidas;
- dificuldade de marcação de consultas, com situação de pessoas dormirem na fila para conseguirem vagas;
- falta de profissionais adequados para o atendimento da demanda, como farmacêuticos;
- falta de estrutura para atendimento da demanda;
- longa fila de espera para cirurgias eletivas;

Apesar do aumento da carga horária, ou melhor, da readequação da jornada dos profissionais de saúde em seu horário de contrato, foi determinado também a redução no número de consultas atendidas, conforme a portaria do Ministério da Saúde que preconiza que o atendimento tem que ser realizado a cada 15 minutos.

Essa situação levou a uma desestruturação do trabalho desenvolvido. O jornal divulgava que a estrutura física das Unidades de Saúde não comportava salas para os profissionais atenderem.

A diminuição no número de consultas e a insatisfação dos servidores com a situação imposta geraram dificuldades na rede de assistência. Uma delas foi a dificuldade de marcação de consultas que induziu muitos usuários a dormirem nas filas para conseguir agenda-las. Outra questão foi a indisponibilidade dos profissionais executarem atividades que alegavam que deveriam ser executadas por profissionais da área. Como exemplo, matérias de jornais veiculavam informações em que os servidores alegavam que a medicação fornecida à população deveria ser disponibilizada pelo profissional adequado da área, ou seja, o farmacêutico.

5.1.1.2 Os Hospitais credenciados ao SUS

No mesmo período, verificamos que a cidade apresentava diversas dificuldades envolvendo a saúde no que se refere à assistência hospitalar.

Os jornais veicularam 124 (cento e vinte e quatro) matérias (31%) a respeito do assunto Hospitais Credenciados ao SUS. Para melhor promover a análise dos dados coletados faz-se necessário conhecer alguns detalhes que caracterizam a administração desses hospitais.

O Complexo Hospitalar Santa Casa, Hospital do Coração e Hospital do Câncer são regidos pela mesma diretoria. A Santa Casa e o Hospital do Coração localizam-se em prédios diferentes e atendem casos específicos. A Santa Casa é um hospital geral (internações clínicas e cirúrgicas) e o Hospital do Coração atende casos clínicos e cirúrgicos exclusivos a patologias ligadas ao coração. O Hospital do Câncer localiza-se em terreno cedido pelo Hospital do Coração e apesar de levar o nome Hospital, não permite internações, pois sua estrutura física não comporta esse recurso por enquanto, mas apenas atendimentos ambulatoriais (quimioterapia, radioterapia e atendimento médico).

No início do ano de 2004, início de nosso estudo a Santa Casa estava sob intervenção da prefeitura municipal da cidade. Essa intervenção ocorreu em agosto de 2001 em função, conforme noticiado em jornais, de denúncias de irregularidades envolvendo o atendimento ao público.

É interessante ressaltar que durante as entrevistas junto aos conselheiros alguns depoimentos contam que o Conselho Municipal de Saúde de Franca teve um papel muito importante na decisão da intervenção da Santa Casa.

Quando houve a intervenção da Santa Casa, né, quem deu a decisão final foi o Conselho Municipal de Saúde de Franca. Porque teve que fazer todo o projeto e passar pelo Conselho, então a decisão final, se ia ter ou não a intervenção, dependeria do Conselho (Ent. 4 – U).

Das matérias de jornais veiculadas colocamos abaixo as que mais se destacaram

em ordem de número de notícias:

- solicitações e ajuda governamental para cobrir o déficit da instituição e conseqüentemente amenizar a crise financeira;
- regionalização da Santa Casa;
- solicitação de recursos governamentais para compras de aparelhos como tomógrafo, aparelho de litotripsia, reformas.

Aliado a isso, a Santa Casa apresentava grave crise financeira. Além da prefeitura, políticos e a própria administração do referido Hospital apelavam para os governos estadual e federal solicitando auxílio no envio de verbas adicionais em função da situação financeira que passavam.

Iniciava-se também um amplo processo de abertura da Administração da Instituição à sociedade, pois por mais de 100 anos esta ficou sob a condução de um único grupo da sociedade civil (da Maçonaria). Dessa forma, no ano de 2004 foi determinada pela Justiça a criação de um novo modelo administrativo com maior participação da população. Assim, iniciaram-se as inscrições para novos colaboradores que teriam a partir do ano de 2005 direito a voto nas decisões administrativas do complexo Hospitalar.

Outro grande processo que se iniciava era o debate sobre a regionalização da Santa Casa. Como as cidades vizinhas ao município de Franca acabam por enviar pacientes para atendimento Hospitalar na cidade, uma das alternativas para a crise financeira instalada seria a regionalização do Hospital o que permitiria auxílio financeiro dos municípios vizinhos.

Em função dessa grave crise financeira enfrentada pela Instituição a comunidade francana também se envolveu realizando campanhas de arrecadação de donativos para auxiliar o Hospital.

5.2 O Conselho Municipal de Saúde de Franca

O Conselho Municipal de Saúde de Franca foi criado em 1990, como exigência da legislação para o processo de municipalização. Foram criadas comissões de saúde, sendo contratadas Assistentes Sociais pela Secretaria Municipal de Saúde para organização e a formação das comissões nos bairros (LOURENCO, 2004, p. 120).

Em 1991, pela Lei nº. 3.496 de 17 de maio de 1991 foi constituído o Conselho, como órgão deliberativo, normativo, de caráter permanente, tendo como objetivo estabelecer, acompanhar e avaliar a Política Municipal de Saúde do município, efetivando a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), com seu funcionamento estabelecido pelo regimento interno.

Pelo regimento interno o Conselho Municipal, até 2004, era composto por 20 (vinte) membros, observando a paridade do número de representantes dos usuários em relação aos demais segmentos. É importante esclarecer que a partir desse mesmo ano foi sancionado uma Lei Municipal de nº 6.139 modificando a composição do número de conselheiros. Pela Lei sancionada, ficou estabelecido que participarão como conselheiros através dos Conselhos Gestores: 04 (quatro) titulares (02 representantes dos funcionários e 02 dos usuários) e seus 04 (quatro) respectivos suplentes. Assim, a partir de 2005 o Conselho passou a 24 (vinte e quatro) membros.

O Conselho é eleito com um mandato de 02 anos, e segue a resolução 319/2002 “que determina que o mandato dos conselheiros será definido no Regimento, não devendo coincidir com o mandato do governo municipal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros ser reconduzidos, a critério das respectivas representações”. (BRASIL, 1992).

Dessa forma foram determinados os segmentos da seguinte forma:

- 50% distribuídos entre representantes do governo, dos prestadores de serviço e

dos profissionais de saúde com a seguinte proporcionalidade:

- 05 (cinco) representantes do governo municipal, indicados pelo Prefeito;
- 01 (um) representante do governo estadual, indicado pela Secretaria do Estado de São Paulo;
- 02 (dois) representantes dos prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde, eleitos em assembléia do segmento;
- 02 (dois) representantes dos profissionais da saúde;
- 02 (dois) representantes dos funcionários da Saúde representando o Conselho Gestor;
- 50% distribuídos entre os usuários que deverão ser eleitos através de assembléias dos segmentos representativos, dos movimentos comunitários, sindicatos e associações dos trabalhadores, moradores e entidades de portadores deficiências e de idosos.

5.2.1 A caracterização do Conselho Municipal de Saúde de Franca

O Conselho Municipal de Saúde de Franca é composto por 27 (vinte e sete) conselheiros e seus respectivos suplentes. Conforme nos mostra o quadro 2, 09 (nove) são representantes dos usuários, 06 (seis) dos representantes do governo, 04 (quatro) profissionais da saúde, 2 (sois) prestadores de serviços e 10 (dez) representantes dos Conselhos gestores¹, sendo dois representando o governo e 4 representando os usuários.

¹ Os representantes deste último segmento passaram a participar do colegiado a partir de janeiro 2005, em função da Lei Municipal 6.139.

Quadro 2 – Conselho Municipal de Saúde de Franca.

Representantes	Número	Total Porcentagem
Usuários	09	48%
Conselhos Gestores – Usuários	4	
Governo	6	30%
Conselhos Gestores – Governo	2	
Profissionais Saúde	4	15%
Profissionais de serviços	2	7%
Total	27	100%

Fonte: Relação de conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Franca/2005.

Conforme a resolução nº 319 de 07 de Novembro de 2002, a legislação estabelece a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos. Dessa forma, o Conselho deverá ser composto por representantes de usuários, trabalhadores de saúde, do Governo e de prestadores de serviços de saúde. O Conselho será formado por 50% de representantes entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde e 25% de representantes do governo, entidades ou instituições de serviços públicos, filantrópicos e privados.

Entretanto, conforme nos mostra o quadro, em Franca os segmentos aproximam-se da resolução que determinam a paridade da representação do colegiado. Observamos ainda que apesar do Regimento Interno determinar 20 representantes, acrescentando outros 4 (quatro) representantes do Conselho Gestor, através da Lei Municipal 6.139, o número real de representantes extrapola para 27 (vinte e sete).

Ressaltamos que na 4ª Ata de reunião do colegiado há uma fala de um conselheiro representante dos usuários em que solicita que seja constado em Ata que no Conselho ora montado, não estava sendo respeitado a paridade e que a legislação federal que regulamenta as formações dos Conselhos é bem clara no tocante ao princípio da paridade. No entanto, não houve nas Atas subsequentes nenhuma menção a esse respeito.

Em sua grande maioria o Conselho Municipal de Saúde de Franca é composto por homens, ou seja, 89% dos conselheiros, sendo todos com idade superior a 30 anos.

Todos os representantes do governo foram trocados no ano de 2005, em função, como já foi citado da troca de governos. Esclarecemos ainda que o ex-Secretário de Saúde permanece como conselheiro representando os profissionais de Saúde.

Outro conselheiro que era representante do governo passou a figurar como conselheiro gestor, representando os usuários.

No segmento usuários, dos representantes das cinco regiões da cidade (norte, sul, leste, oeste e centro) apenas um deles mudou de segmento sendo que no ano de 2005, passou a representar o segmento governo.

A seguir apresentaremos as categorias de análise avaliadas na presente pesquisa. Lembramos aqui que para tanto partimos da análise da pesquisa documental envolvendo as Atas aprovadas pelo colegiado e dos documentos internos no período estudado e das entrevistas junto aos conselheiros.

Assim definimos como categorias de análise: Administração Interna do Conselho Municipal de Saúde, os assuntos discutidos pelo Conselho e a avaliação dos conselheiros quanto à dinâmica e desempenho do colegiado.

Embora a princípio pareça óbvio que as duas primeiras categorias analisadas sejam parte dos afazeres do Conselho, um aprofundamento neste universo, tanto na forma com que se desenrolam as reuniões e a participação no Conselho, como nos conteúdos que permeiam as discussões, podem nos dar uma visão mais clara de como as práticas ali se articulavam.

E por fim a visão que os conselheiros têm de sua própria gestão nos propicia um conhecimento da dinâmica deste Conselho no processo de gestão, financiamento e controle da política de saúde do município.

5.2.2 A administração interna do Conselho Municipal de Saúde

Na categoria Administração Interna do Conselho Municipal de Saúde, percebemos através das Atas aprovadas pelo colegiado e através da observação da pesquisadora durante as reuniões como ouvinte, como está a estruturado o CMS de Franca gestão 2004/2005.

5.2.2.1 A coordenação

Assim como a composição do Conselho Municipal de Saúde tem sua composição estabelecida na Lei que o criou, a coordenação deste é definida pelo seu próprio Regimento Interno.

O colegiado em Franca, conforme constado em Ata, logo na primeira reunião dos Conselheiros, providenciou a votação e posse do Presidente.

Conforme o artigo 7º do Regimento Interno do CMS de Franca “O Conselho municipal é dirigido por uma Comissão Executiva composta pelo Presidente, Vice-Presidente e do Secretário que serão eleitos pelo voto secreto da maioria simples dos membros titulares do colegiado”.

Na 1ª reunião do Conselho empossado concorreram duas chapas pleiteando os seguintes cargos da Comissão executiva: Presidente, Vice-Presidente e Secretário. As chapas eram assim compostas:

- a) Chapa 1: um representante dos usuários, um representante dos profissionais de saúde e um representante dos prestadores de serviço;
- b) Chapa 2: três representantes dos usuários.

A Comissão executiva foi composta pela primeira chapa concorrente que obteve votos favoráveis de 65% do colegiado.

A nosso ver, essa decisão demonstra atitude democrática e privilegiada se comparada com outros colegiados podendo escolher um presidente não Secretário visto que a função de gestor quando assume a função de presidente do Conselho se mostra contraditória, uma vez que ele estaria fiscalizando e deliberando sobre sua própria gestão. E também estaria assinando as Resoluções do Conselho, na qualidade de presidente e ao mesmo tempo homologando-as na qualidade de gestor.

Também demonstra atitude de amadurecimento ao escolher uma Comissão eclética, com interesses e saberes distintos, o que poderia contribuir para um controle mais eficiente.

5.2.2.2 As reuniões

As reuniões do CMS Franca acontecem mensalmente na segunda semana de cada mês e quando necessárias acontecem as reuniões extraordinárias. Em média cada reunião dura cerca de duas horas.

A sala de reuniões utilizada pelo colegiado fica na Casa dos Conselhos local que abriga todos os Conselhos da cidade e reserva um pequeno anfiteatro para as reuniões. É interessante observar as reuniões acontecerem. À frente há uma mesa onde ficam acomodados o Presidente do Conselho, o Vice-Presidente e a Secretária do Conselho. Os conselheiros se colocam dispostos em círculo e preferencialmente acomodam-se sempre nos mesmos lugares. Os representantes do governo de um lado e os demais integrantes do colegiado do outro. A única exceção é um antigo representante do Conselho que senta-se ao lado dos usuários apesar de no ano de 2005 estar representando o governo.

Como é um espaço aberto à comunidade, os visitantes sentam-se nas demais cadeiras, dispostas em fileiras, como a assistir o que ocorre no palco a sua frente.

Através da análise documental, a princípio percebemos a frequência dos conselheiros e ainda como se dá a sua participação através das falas e não apenas exercendo seu direito de voto. Observamos dessa forma que as manifestações são setorizadas e são sempre os mesmos conselheiros que se manifestam.

Nas falas há uma predominância da fala governamental, principalmente na pessoa do Secretário de Saúde.

Informamos que no período em análise houve três Secretários Municipais de Saúde. O 1º ficou junto a este colegiado por 2 meses se ausentando da Secretaria de Saúde em função de período de descompatibilização eleitoral visto que se candidataria nas eleições de 2004.

O 2º Secretário de Saúde ocupou o cargo pelo período de nove meses. Este já era conselheiro de saúde e eleito Vice-Presidente pelo colegiado no início do mandato quando representava o segmento dos profissionais de saúde.

O 3º Secretário de Saúde assumiu o cargo a partir de janeiro de 2005, período em que a nova administração da Prefeitura Municipal de Franca assumiu o governo.

É importante salientar que o 2º Secretário de Saúde quando deixou seu cargo administrativo voltou a ocupar o seu antigo cargo dentro do Conselho, representando os Profissionais de Saúde, mantendo-se também como Vice-Presidente.

Quadro 3 – Distribuição percentual das intervenções dos Conselheiros segundo o Segmento de Representação – CMS-FRANCA.

Representação	Intervenções/falas verificadas em Atas
Representantes do Governo	122 ou 49,5%
Representante dos Profissionais da Saúde	35 ou 14,%
Representante dos Prestadores Serviço	1 ou 0,5%
Representante dos Usuários	69 ou 28,%
Representante dos Conselhos Gestores	20 ou 8,0%
Total	247 ou 100%

Fonte: Atas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Franca entre os meses de fevereiro de 2004 a julho de 2005.

Conforme nos mostra o Quadro 3, avaliamos 247 intervenções/falas dos conselheiros e observamos que os usuários se manifestaram em cerca de 28% das falas contidas nas Atas. Observamos também que o conselheiro que mais se colocou a partir de 2005 se tornou representante do governo. Portanto, observamos que a partir do segundo mandato desse colegiado as falas dos representantes dos usuários também diminuíram.

Relatamos aqui que não computamos as falas do Presidente, que a princípio representa os usuários, pois acreditamos que a amostra não corresponderia à realidade, visto que a nosso ver sua função extrapola a representação, pois sua fala é predominante na medida em que sua função é submeter ao plenário às solicitações, direcionar as reuniões, encaminhar os assuntos e outros.

Outro fato que merece destaque é que apesar dos profissionais de saúde manterem no período analisado, 14% das falas, o representante que mais se manifestou durante o período analisado afastou-se para ocupar o cargo de Secretário de Saúde por um período de 8 meses. Portanto, se este conselheiro não tivesse ocupado o cargo de Secretário de Saúde essa representação teria tido muito mais evidência.

Uma das representantes dos prestadores de serviço tem um cargo de Secretária na Comissão Executiva, mas salvo essa função e leitura das Atas mensalmente, se manifestou apenas uma vez.

Como participamos de algumas reuniões do Conselho como observadora, percebemos que os assuntos extrapolam o local das reuniões e percebemos que apesar da ausência de falas, a participação vai muito além das falas no Conselho. Existe um trabalho de bastidor pouco mostrado, mas que é real, pois observamos que reuniões foram agendadas sem o conhecimento do colegiado e a Comissão Executiva faz reuniões à parte da reunião do colegiado.

Outra questão que observamos é que muitos conselheiros representantes dos usuários mantêm-se “quietos”. Percebemos que existe uma “censura” quase velada por parte daqueles que dominam os assuntos e termos técnicos.

No desenvolvimento da reunião há um ritual pré-estabelecido que começa com a leitura das Atas e aprovação das mesmas, informes e segue-se com a pauta já pré-determinada. Caso haja algum assunto que deve ser pautado ou que algum conselheiro traga para discussão existe a votação sobre a possibilidade de inclusão de pauta.

Percebemos no decorrer de nossas avaliações duas situações: alguns informes viraram discussão (6%) e nem sempre os assuntos pautados foram discutidos (34%).

De fevereiro de 2004 a julho de 2005, foram realizadas 27 (vinte e sete) reuniões, sendo 18 (dezoito) reuniões ordinárias e 09 (nove) reuniões extraordinárias. Nessas reuniões foram colocados ao colegiado 49 (quarenta e nove) temas ao todo. É importante ressaltar que quando falamos em “temas” não informamos número de vezes que um assunto foi falado, mas o número de assuntos tratados. Houve, dessa forma, temas que foram abordados em várias reuniões.

Para melhor facilitar a compreensão elencamos os assuntos que foram pautados e

discutidos conforme se segue:

- 28% - Administração Interna (Alteração do Regimento Interno; Nomeações - Pólo de Capacitação, Comissão de Finanças, outras Comissões, 2º Secretário, e outros; Lei 6.139 – que regulariza os Conselhos gestores);
- 27% - Funcionamento da Saúde (PSFs, visitas UBSs, solicitação de taxa de infecção hospitalar, falta de medicamentos e outros);
- 15% - Hospitais credenciados (Recadastramento, contrato Secretaria de Saúde, Regionalização);
- 13% - Apresentação de Projetos (repactuações, contratos prestação de serviços, projetos envolvendo Santa Casa e Hospital Allan Kardec, Secretaria de Saúde, Saúde Mental, DST/AIDS, pessoas portadoras de deficiências, criança e adolescente e outros);
- 8% - Relatórios Prestação de Contas;
- 6% - Denúncias (Convênio com Hospital Allan Kardec sem passar pelo Conselho, ocorrência de óbitos, atendimento psiquiátrico, horas extras profissionais da saúde);
- 3% - Outros (informes gerais).

Como exemplo de informe que virou discussão foi o caso da Lei 6.139 determinando o aumento do número de conselheiros com a introdução dos representantes dos Conselhos gestores.

Nessa situação acreditamos que o CMS se colocou como resistente pois a decisão de ampliar o número de conselheiros foi à parte a vontade do Colegiado e por ser claro o Regimento Interno em que o número de representantes é de 20 acrescido de seus respectivos suplentes.

A oposição foi bastante veemente, simbolizando a resistência pela força com que

o poder tentou se impor, suscitando resistências maiores.

Assuntos que foram pautados, mas não discutidos foram vários e as justificativas a nosso ver concentram-se na extensão das pautas de reunião e do pouco tempo para discussão.

Talvez fosse oportuno que as reuniões fossem estendidas para mais vezes no decorrer do mês.

Como exemplo desse caso, podemos citar a discussão sobre capacitação dos conselheiros e funcionamento da saúde.

A nosso ver, a dificuldade do Conselho na discussão do funcionamento da saúde é um dado alarmante. Em 17 reuniões (63%) o assunto foi pautado mas não discutido em função do fator tempo. Essa situação é explicada por um dos conselheiros.

Então isso toma muito tempo e no meu ver certos temas, acho que deveria [...], vou dar por escrito esta proposta que esses temas que é polemico assim, fazer uma reunião extraordinária. Tema que se trata de saúde, fazer reunião ordinária, porque a gente tem condições de trabalhar melhor. Veja bem, se tem lá, vamos discutir saúde do SUS e esse tema tá no meio, quer dizer, o tema Santa Casa, tema da Comissão de Finanças, e aí tem embaixo saúde do SUS. Essas duas pautas tomam tempo e aí pra discuti saúde mesmo aí deixa pra discuti na próxima reunião. Ta certo? Aí a próxima é ordinária, aí outro. Então não ta indo. Sempre há temas políticos. Sempre há. É então acho que deve fazer duas reuniões no mês, uma extraordinária e uma ordinária (Ent. 6 – U).

Como vimos pelo depoimento do entrevistado 6, os assuntos referentes ao funcionamento da saúde na cidade são deixados muitas vezes sem discussão principalmente pelo fato das reuniões serem dominadas muitas vezes por discussões de cunho político-partidária.

5.2.2.3 Comissões

Conforme o Regimento Interno do Conselho Municipal de Franca, no seu artigo

5º da Seção II “O Conselho Municipal de Saúde poderá criar comissões permanentes ou transitórias para assessorar o plenário no cumprimento de suas atribuições”.

No decorrer desses 18 meses de análise, foram constituídas várias comissões para assessorar o colegiado em pareceres e deliberações. Foram elas:

- Comissão de Finanças;
- Comissão de Estudos de Alteração do Regimento Interno;
- Comissão para acompanhar assuntos da Santa Casa;
- Comissão para estudar/analisar conflito de representação;
- Comissão Organizadora da 1ª Conferência de Saúde do Trabalhador;
- Comissão para analisar o texto do relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Apesar de não ter poder deliberativo, estas comissões podem elaborar pareceres que serão submetidos ao plenário do Conselho que poderão ser aprovadas ou não, ou ainda ser transformados em resoluções.

Destacamos aqui que apesar do Regimento Interno em seu artigo 5º parágrafo 1º colocar que “será garantido nas comissões a participação de todos os segmentos representados no Conselho: governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários”, nenhuma das comissões formadas no período analisado cumpriu o regimento.

Todas foram contempladas com representantes dos usuários e dos profissionais de saúde e a maioria com representantes do governo. No entanto, a ausência da representação dos prestadores de serviços foi observada na maioria.

A mais relevante, a nosso ver foi a *Comissão de Finanças*, composta em março de 2004 com seis conselheiros, sendo eles 1 (um) representante dos profissionais de saúde, 1 (um) representante do governo e os demais representantes dos usuários.

As demais comissões não têm o caráter permanente como a Comissão de

Finanças. Elas são temporárias e algumas vezes se reuniram uma única vez ou não tem a relevância diferencial da Comissão de Finanças.

Desta forma, tratarei aqui de algumas delas, em caráter de explicação o que cada uma realizou para termos um apanhado sobre como se caracterizaram as comissões nesse Conselho.

A Comissão do *Regimento Interno* foi composta em função da necessidade de algumas alterações como:

- a mudança nas datas das reuniões ordinárias;
- ampliação da figura do 2º Secretário da Comissão Executiva defendida que este ficaria responsável pelas Atas na ausência do 1º Secretário;
- alteração na composição do Conselho conforme Lei Municipal 6.139 que amplia o número de conselheiros de 20 para 24 através da inclusão de conselheiros gestores.

A nosso ver essa Comissão atingiu em parte seus objetivos providenciando as alterações já propostas em discussões no colegiado. Entretanto no que se refere à Lei Municipal 6.139 a alteração proposta não foi realizada conforme relato de um dos entrevistados.

Essa Lei foi muito debatida porque ela vinha contrariando alguns artigos que o Regimento Interno do Conselho tem, né. E ainda vai ser discutida. Deu uma pequena parada em função de temas mais importantes, mas ainda deve voltar a discussão porque ela ainda não foi, não tá incorporada no Regimento Interno do Conselho, né, porque hoje o Conselho municipal de saúde pelo seu regimento ele tem um numero de conselheiros e a nobre vereadora quando fez a Lei incluiu-se os conselheiros gestores como representantes nesse Conselho e eles não estão contemplados nesse Regimento Interno. Então, houve uma série de discussões porque era uma Lei federal e aí era uma Lei municipal que vinha questionando alguns artigos da Lei Federal (Ent. 2 – U).

Entendemos com esse relato que na próxima eleição do colegiado haverá problemas se esse item não for incorporado ao Regimento Interno do Conselho Municipal de

Saúde.

A Comissão de Acompanhamento dos assuntos da Santa Casa foi criada a partir da 6ª reunião do colegiado quando o Conselho, decidindo por votar projetos do referido Hospital entendeu a importância do Conselho criar mecanismos de acompanhamento do funcionamento da mesma. A proposta da Comissão surgiu, foi aprovada por unanimidade e constituída com três representantes dos usuários, um do governo e um representante dos profissionais de saúde. Houve uma fala de um representante durante as entrevistas que merece destaque, uma vez que deixa claro que a Comissão não se reunia, nem havia interesse de participações.

Na última reunião eu nem fiquei sabendo. Aí a outra reunião anterior eu fui escolhido pra respeito desse estatuto. Eu peguei o telefone no outro dia o telefone do doutor. Liguei pra ele não consegui falar. Liguei no outro dia e ele falou assim. [...] o outro rapaz indicado não pode ir na reunião. então a gente pode e depois eu te ligo pra ver dia e horário pra gente ta marcando essa reunião. Aí o tempo passou e eu a gente tem muitas coisas, to aguardando porque ele falou que me liga e eu esperei esse retorno. Ontem que eu fiquei sabendo, eu fui na prefeitura e fiquei sabendo. Mas eu nem fiquei sabendo. Eu fiquei chateado com isso e o [...] fala assim que às vezes ta querendo deixar a gente de lado, de fora, e né, tala, tal,. Como usuário, a gente confia neles e a gente não tem o respaldo. Sabe, eu fiquei chateado com isso, vou tomar conhecimento porque não me ligou e porque fica chato. Então fica chato (Ent. 6 – U).

Acreditamos que essa Comissão não atingiu seus objetivos, pois não houve relatos que constassem nas Atas, apesar do tema Hospital ter se mostrado na mídia e ter sido pauta de discussão em várias reuniões.

Comissão para *assunto de estudo/análise de representação de um dos conselheiros* sendo ele cargo comissionado da área da saúde como representante dos usuários. Essa Comissão foi composta por um representante dos profissionais de saúde, três dos usuários. No entanto, é destacado que um dos membros da Comissão é o próprio sujeito objeto da discussão.

Durante as entrevistas, o conselheiro alvo de discussões citou o problema,

conforme destacado a seguir, indicando que a seu ver foi uma atitude política, uma vez que tinha sido eleito pelo segmento dos usuários por se tratar de pessoa além de funcionário público, líder de comunidade.

No ano passado pra você ter uma idéia, o Conselho praticamente discutiu a minha presença nesse Conselho porque apesar de eu ter sido eleito, acho que um dos mais bem votados conselheiros nas eleições que teve nas regionais pra representar o segmento usuário eu sou funcionário público no setor saúde. Questionaram esse vínculo, né (Ent.2 – U).

Apesar de muita discussão, de verificação junto à promotoria da cidade o assunto foi deliberado pelo próprio Conselho que o manteve em sua posição de representante dos usuários, apesar de ferir o artigo 6º da composição e organização do Conselho Municipal de saúde optando o colegiado por modificar o regimento interno. Na votação houve 5 abstenções e nenhum voto contrário.

A Comissão *Organizadora da 1ª Conferência de Saúde do Trabalhador* foi criada no segundo ano de mandato do colegiado tendo entre seus integrantes conselheiros e membros do governo que não participam do colegiado e que trabalham diretamente com o CRST (Conselho Regional de Saúde do Trabalhador). O Presidente do Conselho demonstrou ao colegiado as dificuldades na organização do evento, o primeiro de sua gestão. Não verificamos nas Atas seguintes nenhuma referência a mais sobre essa Comissão ou sobre o evento.

A Comissão para analisar o texto do *Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde* foi criada no último mês de análise dessa pesquisa. O assunto sobre a discussão e deliberação do Relatório de Gestão da Secretária Municipal de Saúde referente ao exercício 2004 foi colocado em votação, mas alguns conselheiros alegaram desconhecer o texto o que foi acatado pelo Secretário de Saúde que solicitou sua retirada de pauta e sugerida a Comissão para análise do texto.

Esse assunto é de extrema importância visto que este é um documento produzido por técnicos da Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde no qual são sistematizadas informações sobre o cumprimento das metas definidas nos Planos de saúde e pelo qual são divulgadas a análise e os resultados obtidos pelos gestores, bem como as justificativas pelo cumprimento parcial ou o não cumprimento de determinada meta. É nesse momento que os conselheiros têm condição de avaliar e verificar a execução das metas previstas no Plano de Saúde e se essas ações estão beneficiando os cidadãos e como os recursos foram aplicados.

Infelizmente, esse assunto não pode ser acompanhado pela pesquisadora visto que este começou a ser discutido no mês da última Ata em análise.

É interessante ainda destacar que no quesito representação e participações são sempre os mesmos conselheiros que demonstram interesse nesse aspecto. Como exemplo de participações, podemos citar a indicação de representante no pólo de capacitação permanente da DIR XIII (representante dos usuários), participação nas Conferências regional e estadual sobre Ciência e Tecnologia na área da Saúde (representante dos usuários), participação em reunião mensal de discussão sobre mortalidade infantil, que ocorre a cada mês, coordenada pela Dir XIII (representante dos usuários).

Acreditamos que acontece dessa maneira pela própria história de participação em outros segmentos desses conselheiros. São pessoas bem intencionadas que procuraram se inteirar do que é possível.

Quanto às Comissões, observamos que os indicados ou aqueles que demonstram interesse em participar são sempre os mesmos conselheiros, sejam eles representantes dos usuários ou dos demais segmentos. A maioria inclusive acumula participações em várias comissões.

Avaliamos dessa forma que as Comissões são instrumentos utilizados pelo Conselho Municipal de Saúde de acompanhamento, avaliação e fiscalização. Nem sempre

conseguem atingir os objetivos propostos, sendo que as questões político-partidária, como veremos mais adiante, ficam muito evidentes e em alguns momentos a pauta fica atrelada a esta questão sem conseguir desenvolver a que veio, ou seja, avaliar de forma objetiva a questão para facilitar o processo de análise do colegiado.

5.3 Os assuntos discutidos pelo Conselho Municipal de Saúde

5.3.1 A avaliação da qualidade da assistência

Apesar do tema “funcionamento do sistema de saúde” sempre ser pautado nas reuniões ordinárias do colegiado, em muitas (63%) não foi discutido em função do fator tempo. Ressaltamos aqui que entendemos como discussão do funcionamento do sistema de saúde os assuntos do atendimento propriamente dito: como está o atendimento nas UBSs, pronto socorro, marcação de consultas, marcação de exames e outros.

Conforme abordamos no item 5.1 na questão qualidade da assistência à saúde no município, a cidade enfrentava alguns problemas pontuais entre eles a dificuldade de agendamento de consultas, filas de espera para cirurgias, falta de remédios, fila de espera para realização de exames.

Elaboramos dessa forma, a síntese do material extraído das Atas do Conselho e das falas dos entrevistados.

Um dos problemas apresentados pela mídia local e também reconhecido como tal pelos conselheiros é a demora de agendamento de consultas que é causada pela falta de profissionais médicos na rede e ainda pelo fato destes não cumprirem totalmente sua carga horária.

Observamos na leitura das Atas, relatos quanto à discussão sobre esse assunto

(Ata da 2ª reunião) quando foi discutido um documento em que a Promotoria Pública do município questionava o pagamento de horas extras e o não cumprimento de carga horária por parte de alguns profissionais. Apesar de não ser aprofundado o assunto em Ata, através da análise dos jornais, percebemos que muitos usuários e opositores ao governo alegavam que o não cumprimento da jornada de trabalho principalmente por parte de médicos é o que ocasionava a grande dificuldade de agendamento de consultas nas Unidades Básicas de Saúde, como já abordamos esse assunto no capítulo 5.

Nessa ocasião foi colocado pelo presidente do CMS que estava sendo amplamente divulgado pela imprensa que há revolta por parte dos usuários pelas condições precárias de atendimento e que há falta de funcionários disponíveis. Houve inclusive ilustração de um exemplo por parte de um dos conselheiros que disse ter presenciado os usuários sem atendimento e que outros médicos estavam sentados sem atender.

Nessa reunião inclusive foi mencionado por um dos conselheiros a inclusão em Ata de proposta de melhoramento no atendimento das UBS e do Pronto Socorro de Referência, criando a figura do médico reserva para cobrir eventuais faltas ou afastamentos.

Não houve menção sobre o assunto em outras reuniões e, portanto, não sabemos como este assunto foi tratado pelo colegiado e nem pela Secretaria de Saúde no ano de 2004. Houve somente a fala do Secretário de Saúde na mesma reunião que relatava que estava verificando a situação.

O cumprimento da carga horária voltou a ser discutido pela imprensa e pelo colegiado no ano de 2005, quando o novo governo fez alterações no atendimento.

As muitas mudanças que ocorreram, entre elas a exigência por parte da prefeitura no cumprimento da carga horária e a total redução de horas extras pelos profissionais de saúde fez com que uma grande insatisfação por parte dos funcionários se mobilizasse atingindo todo o atendimento aos usuários. Quanto a isso acredita o Secretário de Saúde o problema seria

sanado com o tempo e que os problemas que estavam sendo apresentados eram localizados justificando que os servidores estavam revoltados, pois queriam trabalhar recebendo horas extras.

Sobre esse assunto temos ainda o depoimento de um conselheiro que explica a situação e o desfecho do caso.

Por exemplo, a questão do cumprimento de jornada que é uma medida que tentaram por vários governos. O governo anterior tentou e não conseguiu e esse governo tentou e não conseguiu. Não tem cumprimento de jornada. No serviço público não há por parte dos profissionais que atendem este serviço é tratado diferenciado do serviço privado. Essa é uma questão. Pra você ter uma idéia. Um plantãozinho que eu dei no NGA eu constatei um médico que em 18 minutos ele atendeu 5 pessoas e o período de atender uma pessoa aproximadamente ele atendeu 5 e isto não é exceção. Outro fator é hiper atividade do servidor público. Num período ele está no serviço público e no outro ele está no serviço privado ou autônomo. Então eu tenho um sentimento de que isto faz com que a pessoa mesmo que de uma forma não planejada, [...] mas que ela não tem interesse de que o serviço público funcione adequadamente. Porque se funcionar o serviço público vai tirar o cliente do serviço privado ou do serviço autônomo (Ent. 1- U).

Dessa forma, concluímos que apesar de ter sido bastante discutido pela mídia pouco foi discutido pelo Conselho e ao final de alguns meses e pressões por parte dos servidores voltou ao que já estava preconizado, ou seja, mantidos na carga horária menor.

Outra questão abordada pela mídia e que encontramos alguma referência nas Atas analisadas foi a questão da falta de medicamentos. Encontramos referência sobre o assunto na 2ª Ata quando foi colocado por um conselheiro questionando a falta de remédios na rede.

Outro exemplo a respeito de denúncias foi a fala de um representante dos usuários ao Secretário de Saúde na - Ata da 10ª reunião - quando o questiona sobre matérias veiculadas na imprensa local sobre a insuficiência na distribuição de medicamentos. O Secretário do Município esclarece ao colegiado e acrescenta que reafirma para a imprensa, se necessário, que o município tem gastado com medicamentos muito mais do que é regulamentado como gasto mínimo e entende que há uma cultura de excesso de medicalização na rede pública. Acrescenta ainda que esta cultura é difícil de mudar e a título de orientação ao colegiado alega que na rede pública também há excesso de pedidos de exames sendo que para cada 100

exames radiográficos, 90 são negativos.

Essas duas situações apresentadas são as únicas que analisamos nas Atas. Apesar de ser um problema sério, a falta de medicação parece não ter motivado o colegiado para outras discussões nem para elaborar propostas de solução.

Ainda confrontando os assuntos divulgados pelos jornais e os assuntos discutidos no Conselho, temos a questão das cirurgias eletivas.

Esse assunto ganhou destaque em duas reuniões quando foram denunciadas pela imprensa no mês de fevereiro de 2005 e esta parece ter sido a mola propulsora para o debate sobre o assunto em reunião. No entanto, o debate não foi gerado pelo fato da longa fila de espera, mas pelo fato do conselheiro e ex Secretário de Saúde ter falado à imprensa sobre o assunto, sem prévio conhecimento do Conselho, em especial dos representantes do governo. (Ata 20ª reunião)

É importante ainda esclarecer que o problema “cirurgias eletivas” estava sendo alvo de negociações junto a Santa Casa local e a prefeitura visto que o Ministério da Saúde já havia autorizado o “mutirão de cirurgias” para resolução de alguns problemas que se arrastavam há anos. Apesar da autorização ministerial, havia sido acordado entre a direção do Hospital e Secretária de Saúde que em véspera de mudanças da Administração da Prefeitura seria ideal que se aguardasse a próxima gestão, alegando desta forma bom senso e em nenhum momento decisão de cunho político.

Esse impasse foi colocado novamente em reunião do CMS na 24ª reunião quando o Secretário de Saúde alegou que havia uma longa fila de espera e que já havia sido autorizado o mutirão e estava aguardando publicação de portaria sobre cumprimento de meta. Foi discutida também a baixa remuneração e a necessidade de fiscalização da fila.

O termo “discutido” colocado em Ata nos faz pensar que houve manifestações dos presentes no intuito de entender a situação.

A nosso ver, o principal empecilho era o montante que estava sendo destinado ao pagamento dos procedimentos.

Nas Atas não verificamos nenhuma pressão do colegiado para a realização das cirurgias, que conforme encontramos em Atas e divulgadas pela imprensa, chegaram a 3 anos de fila de espera. O que observamos foi a compreensão por parte do colegiado e em nenhum momento solicitação para rápida resolução do problema.

Ainda confrontando os dados discutidos em reuniões com assuntos veiculados pela imprensa encontramos o tema PSF. Discutido no decorrer de 2005, motivado por notícias de jornais em função de rumores sobre *fechamento dos PSFs* da cidade no ano de 2005. O colegiado levantou a questão e esta foi esclarecida pelo responsável do programa na cidade, descartando a possibilidade de fechamento e manifestando interesse em ampliação.

É interessante esclarecer que houve um movimento tanto do Conselho quanto da sociedade no sentido de esclarecer a situação e que se realmente houvesse qualquer possibilidade de fechamento esta não seria aceita pelos segmentos organizados.

Nessa mesma reunião houve denúncias sobre as precárias instalações de alguns PSFs e sobre a falta de profissionais nos horários de atendimento.

Houve ainda três relatos de conselheiros: dois representantes dos usuários e um representante do governo (que no início do mandato do Conselho se mantinha como representante dos usuários).

Este último fez o seguinte relato constado em Ata “os PSFs em Franca nunca funcionaram de acordo com a Lei e já presenciou no PSF a ausência do médico no momento em que usuária buscou assistência com a mão cortada” (Ata 19ª reunião).

Por parte dos conselheiros representantes dos usuários foram feitas algumas denúncias quanto às precárias instalações de algumas unidades de PSF's e pela falta de profissionais em horários de atendimento (Ata da 19ª reunião) e cobraram providências do

Secretário de Saúde.

O Secretário de Saúde do Município disse que muitos dos comentários não passam de boatos, mas que teria disponibilidade para esclarecimentos ao público com embasamentos técnicos.

O que seriam esses embasamentos técnicos? Seria um jargão para finalizar um assunto e mostrar aos demais que providências serão tomadas? Ou simplesmente calar o que se pede?

O representante do governo responsável por esse programa acatou as denúncias, prometendo providências quanto às instalações físicas dos núcleos exigindo o cumprimento da carga horária de médicos e enfermeiras nas unidades, não somente do PSF, mas das UBS e Pronto Socorros.

Fez ainda a promessa de instalação de mais 30 (trinta) núcleos de PSF, meta que deveria ser cumprida no ano de 2005. Sobre esse assunto até a última Ata analisada o tema não mais foi pautado pelo colegiado.

É bastante interessante avaliar essa discussão, pois a princípio o colegiado deveria se posicionar a favor da permanência dos profissionais em seus locais de trabalho conforme prevê o regime de contratação da prefeitura. No entanto, observamos que esse tema se restringe as denúncias.

Esclarecemos ainda, conforme abordado anteriormente que ainda havia um embate entre prefeitura e servidores sobre o tema horário de trabalho.

Outro fator consiste no fato de que em função das propostas de mudanças da nova administração - principalmente a exigência no cumprimento da carga horária - fazia com que a mídia local abordasse o assunto sob diversos ângulos.

A nosso ver o representante do governo, ao expor o problema abertamente ao colegiado tentava uma manobra de conciliação com o colegiado, para conseguir apoio nas

decisões governamentais e a “simpatia” do Conselho.

Outros assuntos foram discutidos pelo Conselho Municipal de Saúde e merecem destaque. Um deles foi a apresentado na Ata da 6ª reunião quando aparece informação que naquele mês houve diligências em várias UBS, com conseqüentes ofícios à Secretaria de Saúde. Apesar do assunto não ter sido detalhado em Ata entendemos que o que foi encontrado de irregularidade foi encaminhado em forma de ofício à Secretaria.

Apesar de aparecer referência em apenas uma Ata, entendemos durante as entrevistas que freqüentemente alguns conselheiros percorrem as Unidades Básicas de Saúde para avaliação.

Outro tema discutido em duas reuniões foi a questão levantada por um dos conselheiros representantes dos usuários sobre casos de ocorrências graves envolvendo óbito de pacientes.

Em ambas as situações o Secretário de Saúde foi taxativo ao afirmar que a Comissão de ética já estava apurando o caso e os pareceres seriam encaminhados ao CRM (Conselho Regional de Medicina).

Outro assunto que documentamos como discussão pelo colegiado no quesito avaliação da qualidade da assistência foi a solicitação de cópia da documentação estatística sobre infecção hospitalar visto o indicativo de grande incidência deste fato na Santa Casa. Este assunto foi esclarecido com a presença da médica da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) da Santa Casa quatro reuniões depois da solicitação, esclarecendo as dúvidas dos conselheiros.

No tema Saúde Mental, encontramos na Ata da 15ª reunião relatos de um conselheiro denunciando que presenciou na Santa Casa que os leitos destinados aos pacientes neurológicos são conjuntos entre crianças e adultos, o que não é legal. Outro relato da representante dos prestadores de serviços é que o atendimento no Ambulatório de Saúde

Mental está demorando até três meses a partir do agendamento e que com isto os pacientes retornam ao Hospital para pedir receitas e que isto tem trazido dificuldades aos familiares. Nesses dois quesitos não houve discussão, pelo menos apontadas em Ata e não houve mais menção sobre os assuntos.

Analisando os vários assuntos tratados em reunião temos a considerar que existem alguns limites que são impostos ao colegiado. Discute-se mas não delibera-se. Isso me faz questionar. Existe de fato o controle social?

Os temas trazidos à reunião são debatidos, mas não há resolução concreta somente a promessa de “vamos avaliar” por parte da administração.

A nosso ver o controle não fica efetivo, visto que existe uma distância entre o que a Secretaria determina e o que de fato está acontecendo.

Nesse sentido avaliamos que a questão horas extras e demora no atendimento em nenhum dos dois governos foi sanada. Se a questão era o cumprimento do horário para atendimento efetivo da população, a simples discussão não resolveu a contento o problema. E nas primeiras resistências e pressões, voltaram ao que era.

Assuntos como a falta de remédios e a longa fila de espera para cirurgias também não tiveram resolução compatível. A nosso ver o colegiado se mostra complacente com as situações impostas.

5.3.2 Hospitais credenciados

No Conselho Municipal de Saúde o assunto Santa Casa foi discutido em várias reuniões e dessa forma discorreremos sobre as várias vezes em que foi pautado. O CMS acompanhou todo o processo da Santa Casa desde a intervenção com a participação do Presidente na audiência pública da Santa Casa quando foi apresentado o relatório de auditoria

que havia sido solicitado pelos novos interventores (Ata da 5ª reunião).

Nessa reunião, foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde, à Prefeitura, Promotoria e sociedade civil a real situação financeira da Instituição.

Na 6ª reunião o tema Santa Casa foi pautado em reunião ordinária para apresentar proposta ao Conselho de documento reivindicatório da Comissão Interventora ao governo Estadual de modernização de equipamentos. Nesse momento essa proposta foi aprovada por unanimidade pelo colegiado. Nessa reunião o próprio Secretário de Saúde apresentou a proposta tendo sido convidados membros da Comissão Interventora da Santa Casa para esclarecer as dúvidas que surgissem.

Constatamos que, quanto a essa questão, nenhum conselheiro levantou o assunto para discussão em reunião sobre essa necessidade. A fala de um conselheiro entrevistado explica também a atitude do Conselho diante de propostas semelhantes.

[...] quando é verba eu não discordo de vir . Claro. E nenhum conselheiro discorda disso. E nem queremos perdê nada. Assim a gente quer que ela venha...mas a gente quer que ela seja bem aplicada para o usuário (Ent. 6 – U).

Nessa oportunidade, o Presidente do Conselho teceu comentários sobre a importância do CMS criar mecanismos de acompanhamento do funcionamento da Santa Casa, saindo dessa reunião a proposta de formação de uma Comissão *ad hoc*. Não observamos mais referências quanto a essa Comissão no decorrer das Atas.

Na 8ª reunião o tema Santa Casa apareceu em reunião extraordinária para apresentação de um modelo do novo estatuto da Instituição. Vários conselheiros mostraram indignação quanto ao modelo estatutário, pois a primeira vista ele impedia uma gestão de mais transparência e mais participação democrática. Este assunto não foi concluído e apesar de ser colocado em pauta outras vezes não chegou a ser discutido por falta de tempo.

Na 11ª (setembro/2004) reunião foi colocada em pauta a proposta de prorrogação

de contrato de prestação de serviços entre a Santa Casa de Misericórdia de Franca e a Secretária Municipal de Saúde. Como é de conhecimento, os Hospitais vinculados ao SUS não podem atuar descobertos de um contrato com a Secretaria de Saúde do município e não é possível interrupções no atendimento. Assim, a Secretaria solicitava ao Conselho discussão e concordância com a decisão.

O Secretário de Saúde expôs que a prefeitura assim preferia, pois achava justo em razão de estar em final de mandato, com eleições próximas a ocorrer e achava mais ético melhor estudo sobre o caso para a nova administração visto que a Santa Casa propunha alterações no modelo de contrato que vigorava, principalmente no que tratava da redução do número de leitos disponíveis aos usuários do SUS.

Na 17ª reunião no mês de dezembro/2004, nova proposta de prorrogação do contrato entre a Secretaria de Saúde e a Santa Casa foi solicitado ao Conselho. O Secretário de Saúde expôs as discordâncias no processo de negociação com a Santa Casa e mais uma vez reforçou que não achava ético assinar um contrato dessa natureza em fim de mandato executivo. Mais uma vez foi prorrogada a proposta de negociação para março de 2005.

Na 20ª reunião foi tema de pauta sem discussão em função de falta de tempo. Como a última prorrogação seria até março de 2005, o tema novamente foi abordado na 22ª reunião do Conselho no mês de abril. O representante do governo e responsável pelas finanças colocou o assunto ao colegiado e, nessa oportunidade, foi convidado o representante da Instituição Santa Casa, para prestar os esclarecimentos que se fizessem necessários.

A principal situação do Hospital colocada ao colegiado é a necessidade de reduzir o número de leitos disponibilizados para o SUS a somente 60% da capacidade do Hospital. O representante do governo reforçou que a situação da Santa Casa é grave e que há escassez de recursos do município que contribuiu com 19,56% anteriormente.

Somente na 24ª reunião, no mês de maio, foi deixado claro quais eram os reais

objetivos da Instituição defendendo o sistema de saúde privado como sendo de natureza complementar porque o SUS não consegue financiar o atendimento da demanda e que a Instituição pretende trabalhar com lucro. Predominaram nesta reunião discussões acerca da falta de recursos da prefeitura.

Na última Ata analisada (27ª reunião, mês de julho) verificamos que o tema ainda estava em pauta e uma firme concordância da prefeitura com a possibilidade de redução do número de leitos alegando que 60% dos leitos são suficientes para atender a demanda de Franca e região. No entanto, houve denúncias por parte do Presidente do Conselho alegando que havia longa espera por vagas no Hospital para internações clínicas e outro conselheiro representante dos usuários apresentando preocupação com o Conselho Consultivo da Santa Casa, pois percebia que a Instituição não estava mostrando nenhuma intenção de colocá-lo em funcionamento.

Através das entrevistas realizadas junto aos conselheiros percebemos que os conselheiros entendem que o assunto Santa Casa é complexo e de extrema importância.

O Conselho sempre discutiu com muita veemência as questões da Santa Casa por causa do atendimento que ela faz à comunidade. [...] e eu acho que o que teve de mais interessante foi a colocação de alguns membros do Conselho junto ao Conselho da Santa Casa pra poder acompanhar de mais de perto a situação, porque uma coisa é você ter números que chegam prontos pra você e outra coisa é você poder conferir quanto esses números são verdadeiros porque eu não não acredito muito em papel, né (Ent. 02 – U).

Este conselheiro consegue traduzir bem a importância da Santa Casa para a comunidade não só da cidade de Franca, mas de toda a região e a necessidade que os conselheiros têm de entender para auxiliar a Santa Casa e poder deliberar com maior clareza e objetividade as necessidades.

Outra questão verificada junto aos conselheiros durante as entrevistas foi a questão do contrato da Santa Casa que até a última Ata analisada não havia ainda sido

assinada e aprovado pelo Conselho.

Foi tirada uma Comissão. [...] uma Comissão do Conselho pra tá acompanhando o contrato, ver as cláusulas do contrato, tudo certinho, o que favorece e o que não favorece os usuários. Então foi tirado uma Comissão pra tá acompanhando a montagem desse contrato né, pra depois vir pro Conselho. O Conselho vai avalia esse contrato e delibera se ele pode ser assinado ou não (Ent. 3 – U).

Percebemos um grande empenho dos conselheiros em entender, analisar e se posicionar sobre a melhor forma de deliberar sobre o contrato. Entretanto, não aparece nenhuma referências nas Atas sobre essa questão.

Outra questão debatida no Conselho Municipal de Saúde de Franca e destacada pelos conselheiros durante as entrevistas foi a questão da regionalização.

Nós estamos nesse momento trabalhando para dar subsídio ao Conselho como um todo para poder oportunamente estar deliberando sobre o assunto Santa Casa. Por exemplo: regionalização é complexa e eu entendo que não tem uma compreensão plena e até por que isso faz sentido é uma coisa que está em construção. Sabe? Então Santa Casa tem lá o seu entendimento de que isso venha contribuir com a questão financeira. O governo do Estado é um pouco reticente porque isso vai implicar em maior comprometimento financeiro e ele sabe disso e ele não quer e a Secretaria de Saúde fica, como ela é gestora, parece que a Secretaria tem um entendimento que ela vai ser aliviada, pois ela vai obrigar os municípios em torno ter uma contrapartida maior para a Santa Casa (Ent. 1 – U).

O Ent. 1 – U demonstra interesse pelo tema para poder entendê-lo, mas o assunto é complexo e na sua fala observamos que não há pleno conhecimento sobre o assunto.

Avaliando os limites do Conselho Municipal de Saúde de Franca, no quesito Hospitais credenciados, temos a considerar que apesar da crise financeira imposta iniciava-se a nosso ver uma grande campanha pelo Hospital para se estruturar com procedimentos de alta complexidade, mostrando-se um grande centro para propiciar atendimentos particulares e, portanto mais rendimentos.

A nosso ver a Instituição acostumada há mais de 100 anos com uma administração única, sem intervenção da sociedade não permitiria nesse momento a abertura da

administração sem resistências, que percebemos no relato de um Conselho na 27ª reunião. O poder sempre foi concentrado nas mãos de poucos e apesar de toda essa estrutura montada com a possibilidade de maior participação popular não percebemos nada acontecer.

Outra questão de análise é que a estrutura ora montada atende a interesses privados. E nos remete à reflexão que a questão saúde continua sendo tratada como mercadoria. A Instituição está sendo direcionada a atender menos, triando as demandas e favorecendo ou facilitando o atendimento particular.

De um lado, temos a Instituição que defende a possibilidade de manutenção extra SUS. Não é errado a Instituição pensar diferente e querer obviamente propiciar receita para manutenção de seus serviços, mas qual o real objetivo agora com o novo contrato? Diminuir o número de leitos já estava basicamente pautado? Há demandas para pacientes particulares?

Obviamente se não há leitos disponíveis para o SUS e se é necessário internação produz-se com isso a demanda para pacientes particulares.

Salvo exceções em caráter de urgência, enfrentamos outros problemas como, por exemplo, a dificuldade de agendamento de cirurgias eletivas.

Destacamos que o Conselho solicitou maior tempo para discussão e apreciação do contrato e ressaltamos a dificuldade enfrentada pelo colegiado na tomada de decisões e avaliação do “ideal”.

De outro lado, como observado nas notícias de jornais, temos uma das metas da administração municipal que é baixar os custos (também os da saúde) e entendemos assim, que o governo propicia uma análise junto ao Conselho para o convencimento de que os 60% do total dos leitos seriam suficientes, convocando o colegiado a concordar com a situação.

Neste quesito avaliamos que várias vezes o colegiado foi convidado a opinar, mas apresentava dificuldade em analisar o que é o ideal.

Percebemos um certo despreparo mas um grande interesse em entender e poder

ajudar. Colocar, inclusive, em ação a participação no Conselho Consultivo da Santa Casa e poder assim conhecer melhor os assuntos e posicionar o Conselho Municipal de Saúde sobre a melhor forma para deliberar.

5.3.3 Programas e ações

O conjunto de atividades que aparecem sob a forma de programas, ações, normas, portarias é o que chamamos política pública do município, que a principio é de responsabilidade da Secretaria de Saúde, tomar medidas administrativas para que elas se tornem realidade. No entanto, cabe ao Conselho tomar conhecimento e ajudar na criação, implantação, execução e fiscalização.

Verificamos no decorrer da análise das Atas que sempre que tem algum projeto ou assunto relevante para deliberar a Comissão Executiva do Conselho solicita a presença da pessoa responsável para esclarecimentos gerais e elucidação de dúvidas. Isso se repetiu inúmeras vezes durante as reuniões.

Como exemplo disso, temos a apresentação pela responsável do departamento da Vigilância Sanitária sobre os fundamentos de repactuação. Houve oportunidade para vários esclarecimentos para os conselheiros e a proposta aprovada por unanimidade (4ª reunião no mês de abril).

Na apresentação do Projeto de Plano de Ações e Metas do Programa DST/AIDS foi convidada a enfermeira responsável pelo programa que desenvolveu ampla exposição sobre o projeto, esclarecendo as dúvidas quanto à estrutura e funcionamento da divisão e este colocado em votação foi aprovado por unanimidade (9ª Ata, mês de agosto).

Outra referência ao convite de pessoas foi a apresentação da Coordenadora da Secretaria de Saúde para que a mesma expusesse sobre os projetos de Assistência Material e

Educacional em Saúde com o objetivo de melhorar o conhecimento dos conselheiros a fim de os mesmos estarem aptos a fiscalizar a aplicação do projeto bem como propor melhorias.

As representações do Hospital Allan Kardec e Santa Casa apresentaram pré-projetos onde tiveram oportunidade de esgotar todas as dúvidas. Essas propostas colocadas em votação foram aprovadas por unanimidade. (reunião 8, mês de julho)

Na 12ª reunião do Conselho foi colocada em caráter extraordinário e urgente a necessidade de recadastramento da Santa Casa para os serviços de nefrologia, cardiologia e ortopedia. Dada a complexidade e termos técnicos do documento o tema foi apresentado pelo Secretário de Saúde e pelo diretor da DIR XIII e ainda referendado pelo representante da Instituição convidado a participar da reunião. A argumentação era que este recadastramento iria habilitar a Santa Casa a prestar um serviço que dispensa a transferência de pacientes para outros centros e este seria apenas para adequar à portaria ministerial, estabelecendo normas e critérios. Foi colocado em Ata o desconforto do Presidente em deliberar sobre assunto que desconhece e que esperava receber pelo menos uma minuta sobre o tema.

Nessa situação mais uma vez o presidente do Conselho Municipal de Saúde coloca o exíguo prazo pra tomar conhecimento do conteúdo do contrato, sendo constado em Ata que o mesmo deveria solicitar junto ao Ministério da Saúde condições mais favoráveis a respeito de prazos. Ressaltamos que verificamos nas Atas situações semelhantes em outros momentos.

Pensamos nesses momentos nas dificuldades principalmente dos leigos em analisar, formar opinião e mesmo opinar sobre o assunto. Aliado a isso, existe a pressão contínua dos representantes dos serviços para que o Conselho se esforce em compreender toda a estrutura SUS para a tomada de decisões.

Como exemplo disso temos a fala da convidada responsável pelo departamento de Vigilância Epidemiológica solicitando ao Conselho o empenho para se inteirar melhor sobre o

funcionamento e controle financeiro do referido departamento (Ata da 4ª reunião).

Percebemos que apesar do Conselho ter expressado dificuldades de conhecimento do teor do contrato o mesmo foi aprovado por unanimidade.

É como se o colegiado tivesse que deliberar logo sobre o assunto sob pena de parecer inoperante. Isso é o certo e deve ser colocado em votação, ignorando a importância da participação do Conselho Municipal na tomada de decisões. Sobre isso temos o seguinte depoimento:

[...] o Conselho é chamado a participar quase em cima de alguma coisa ou que já está acontecendo ou que já está em vias de acontecer. O Conselho não é chamado a participar da formulação da política de saúde. Ele não participa dessa formulação (Ent. 11 – P.S.).

Essa fala deixa muito claro que ao Conselho Municipal de Saúde de Franca são enviados assuntos que já estão pré-determinados e não encontramos nas Atas nenhuma ocorrência em que propostas aparecessem ainda em fase de elaboração.

Esse mesmo conselheiro ainda acrescenta:

Eu acho que o dia em que a gente conseguir evoluir, conseguir que todos os conselheiros consigam receber material didático específico para aquela reunião com antecedência [...] (Ent 11 P.S.).

Nessa fala fica claro que os assuntos da pauta são divulgados no mesmo dia da reunião o que não permite que os conselheiros se preparem. O conselheiro em questão faz menção a material didático que para ele significa: a pauta, acompanhada de relatório ou do projeto de que será discutido na reunião.

Nessa perspectiva, é muito importante que os conselheiros percebam as vontades políticas e saibam se posicionar. As verbas municipais, dependendo de vontades políticas, podem ser remanejadas ou flexibilizadas de modo a atender tanto compromissos quanto

prioridades. As promessas de campanhas e os compromissos partidários às vezes criam dificuldades que somente podem ser superadas através da ação vigilante da sociedade civil. Os problemas devem ser revelados e enfrentados a partir de pontos de vista menos comprometidos partidariamente.

O que verificamos nas Atas analisadas foi na maioria das vezes desconhecimento por parte do Conselho do que se tratava, a que se destinavam os assuntos. São chamadas pessoas com domínio no assunto para esclarecimento de dúvidas, mas “esclarecimentos” que se tornam insuficientes diante do grande desconhecimento dos conselheiros.

5.3.4 Controle de finanças e prestação de contas

O que avaliamos até aqui é que muitos assuntos são trazidos com pouco tempo para avaliação do Conselho dificultando a formação de opinião sobre o tema, presença de desconforto na fala dos conselheiros em deliberar assuntos de total desconhecimento do Conselho e pouca ou nenhuma participação do CMS na formulação da política de saúde.

Nessa perspectiva e com objetivo de analisar o importante papel do Conselho frente ao controle de Finanças e prestação de contas apresentamos o que verificamos na Atas analisadas nesses 18 meses.

Cabe aos conselheiros acompanhar todo o processo orçamentário, discutindo e aprovando as propostas elaboradas pela Secretaria de Saúde. Todo orçamento público obedece a regras a serem cumpridas que vão desde a aprovação junto ao Legislativo, a execução orçamentária de acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a prestação de contas da execução orçamentária às instâncias de controle social (Tribunal de Contas, Poder Legislativo, Conselhos). Além disso, envolve vários atores com interesses muitas vezes

distintos, definindo como será a aplicação dos recursos públicos e as prioridades.

No mês de abril, praticamente início de mandato, foi avaliado o Relatório de Prestação de Contas relativo ao ano de 2003 e todos os conselheiros concordaram em dar visto ao relatório sem a concordância de todos os conselheiros da comissão de finanças. Apenas um conselheiro solicitou que constasse a sua recusa em assinar o documento.

É importante ressaltar que é função do Conselho exigir trimestralmente uma prestação de contas contendo dados sobre os recursos recebidos e os gastos efetuados conforme o artigo 12 da Lei Federal nº 8.689 de 27 de julho de 1993.

Isso demonstra que o Conselho ainda não tinha conhecimento preciso sobre o controle social e sua responsabilidade frente à comunidade. Percebemos ainda falta de preparo sobre como participar mais ativamente da fiscalização. Alguns conselheiros estavam começando a exercer essa função nesse mandato e, portanto não dispunham de experiências anteriores sobre os gastos com o dinheiro público. Outra questão extremamente importante é a difícil linguagem dos documentos oficiais para análise por um colegiado que tem 50% de representantes dos usuários que muitas vezes nunca viram relatórios semelhantes.

A participação popular e o controle social podem se dar em todos os momentos do processo orçamentário e não somente no momento de prestação de contas. Nenhum órgão ou pessoa envolvida nesse processo pode ser considerado mais ou menos importante, pois a princípio todos são importantes, defendendo os interesses legítimos do segmento que representam, o que deve ser considerado no processo de negociações para obtenção dos resultados pretendidos.

Observamos que o mais importante em todo esse processo é que o Conselho veja e conscientize a população que o dinheiro é público e, portanto pertence a todos e dessa forma todos podem e devem contribuir para definir a melhor forma de investir o dinheiro na saúde.

É certo que todos os recursos para a saúde arrecadados pela União são depositados

no Fundo Nacional de Saúde e, posteriormente, transferidos aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Esse caminho facilita o controle da população sobre esses recursos e dificulta os desvios ou utilização inadequada desses recursos.

No entanto, observamos na análise das Atas que houve uma denúncia no decorrer dos meses de um conselheiro acerca de “provável irregularidade nas contas da Secretaria de Saúde”. Este, no entanto, o fez enquanto representante do Centro Comunitário e sem envolver o Conselho Municipal de Saúde o que causou grande “constrangimento” e insatisfação por parte dos demais conselheiros pelo fato deste não ter apresentado seus questionamentos à Comissão de Finanças da qual faz parte e também não ter submetido ao Conselho o assunto para discussão e andamento ao caso (Ata da 6ª reunião). Este tema foi encaminhado ao Ministério Público para avaliar e este solicitou ao Conselho Municipal de Saúde que se posicionasse.

Quanto a esse assunto a Secretaria de Saúde providenciou explicação junto ao colegiado sendo que na 10ª reunião desse Conselho foi convidada pelo Secretário de Saúde uma funcionária da Secretaria que fez exposição dos procedimentos sobre movimentação da Conta Fundo, esclarecendo ao plenário que a alocação de recursos da Conta Fundo para cobrir temporariamente outros compromissos do Poder Executivo não implica em prejuízo ao fluxo de serviços e que isto é legal.

Esse convite tratou de averiguação pelo colegiado sobre os gastos da prefeitura e aparentemente sanou outras preocupações.

Observamos ainda que esse Conselho para se organizar para análise do material montou a Comissão de Finanças tendo essa o dever de fiscalizar, preparar relatório e encaminhar ao colegiado para votação.

A 15ª Ata do CMS apresenta o relatório produzido pela Comissão de Finanças referente ao 1º quadrimestre de 2004. Mais uma vez um dos membros da Comissão relatou

discordar dos esclarecimentos prestados pelos demais componentes da Comissão. Na ocasião o Relatório foi aprovado sem nenhum voto contrário e apresentada uma abstenção daquele que havia manifestado discordância.

Através das entrevistas verificamos na fala de um dos conselheiros que também participou da reunião o motivo de tal decisão:

A Comissão de Finanças [...] ela recebe a prestação de contas, né, da Secretaria de Saúde. Aí, ela faz a avaliação das aplicações da verba, faz um levantamento da prestação de contas e faz um relatório e manda pra plenária do Conselho. Cabe a plenária do Conselho avaliar se aprova ou não. Agora se a Comissão levanta que tem algum problema na aplicação do dinheiro da verba carimbada, aí a Comissão rejeita e envia um ofício pra Secretaria de Saúde exigindo uma explicação sobre aquele dinheiro que tá sendo aplicado individualmente, que não tá sendo usado de acordo que rege a Lei. Igual já aconteceu no governo anterior, muita aprovação das contas da Secretaria de Saúde foi aprovada com ressalva porque muitos pontos estava irregular. No governo anterior a gente levantou vários itens que estava irregular e aí que aconteceu. Nós mandamos pro governo, pra Secretaria de Saúde, né, várias coisas a gente teve o respaldo e outras não. Então esses que não teve respaldo, esses foi encaminhado pra promotoria pública. [...] Só que nós não encaminhamos pelo Conselho, né, a gente trouxe aqui pro centro comunitário, porque o centro comunitário é um representante dos usuários da população. Então em nome da população [...] a gente montamos o documento e enviamos pro promotor público (Ent. 3 – U).

Na primeira situação apresentada, observamos que apesar de aparecer o contato do conselheiro com suas bases e a repercussão da ação do mesmo, membros do colegiado sentiram-se “traídos” com essa atitude isolada de denúncia à promotoria sem o conhecimento do Conselho. A nosso ver por se tratar de atitude que desprestigia o Conselho Municipal de Saúde.

No segundo momento, esta atitude nos remete à reflexão que isto poderia ser atitude política visto que um dos denunciante, e representante na Comissão de Finanças, no segundo ano do colegiado, passou a ocupar cargo como conselheiro representante do governo contrário a gestão vigente.

Outra questão coletada durante a avaliação das Atas foi o relato do então Secretário de Saúde do Município quanto “à morosidade da Comissão de Finanças em

apreciar as contas da SMS que pode acarretar em futuros problemas” (Ata ago/2004)

Apesar desta assumir compromisso em elaborar o parecer conclusivo rapidamente, em outras reuniões a Comissão de Finanças voltou a ser pauta de reunião e alvo de novas críticas por parte do então ex-Secretário de Saúde externando indignação com a morosidade da Comissão e deixando claro que a SMS em sua gestão procurou disponibilizar em tempo hábil material de análise. Fez ainda alusão sobre a possibilidade de dissolução da Comissão em vigência e reestruturação/formação de outra.

Analisando as Atas verificamos algumas colocações que merecem atenção e que justificam a morosidade da Comissão de Finanças.

- a) Comentário quanto a condições mais favoráveis para apreciação dos dados foi colocado pelo Presidente do Conselho no início do mandato quando houve discussão e apreciação do relatório referente às contas de alta e média complexidade, PAB e ações estratégicas do ano anterior ao seu mandato. Foi solicitado que constasse em Ata o encaminhamento para que o Conselho solicite junto ao Ministério condições mais favoráveis a respeito dos prazos. (Ata da 4^a reunião)
- b) A Comissão de Finanças fez apelo ao Secretário de Saúde para que este fosse atencioso com as ressalvas contidas no relatório para que os próximos balancetes viessem de forma a facilitar os trabalhos da Comissão de Finanças. (Ata 20^a reunião)
- c) Uma conselheira representante dos usuários fez constar em Ata que analisar os relatórios conforme sua fala “não é tarefa fácil”. (Ata 16^a reunião)

Avaliando os depoimentos de alguns conselheiros entrevistados podemos ainda destacar:

Nem todos lá têm o conhecimento de prestação de contas e essas prestações de contas quando são feitas, ela não tem detalhamento, né. Vamos supor, você vai apurar uma conta com determinados valores e num é assim, detalhado com o que foi gasto aquele valor. Explica-se da onde saiu aquela conta e pra onde foi, mas os detalhes, as minúcias, a gente não conhece. Eu lamento, às vezes, essa falta de esclarecimentos que só é feita quando a gente questiona, né. Vai conhecer e vai conhecer um pouco melhor (Ent. 2 – U).

[...] o que eu vejo, é que o Conselho, nas comissões, ele é formado por algumas pessoas que não sabem as Leis, as diretrizes a serem seguidas. Eu mesmo participei por várias vezes da parte de Finanças, da aprovação de contas do município e me senti impotente. Precisava ser um contador, alguém que tivesse alguma habilidade na área contábil pra fazer um papel decente no Conselho e não político, né (Ent. 7 – G).

A última Comissão, acho que ela foi muito tendenciosa porque em gestões passadas, algumas coisas passaram que nessa não passou. O contrário. Na gestão passada não passaram e nessa passou. Então eu achei assim, um pouco tendenciosa. Achei que ela não foi uma Comissão isenta. Qualquer tipo de parecer isento de qualquer tipo de afinidades políticas e pessoais (Ent. 10 – U).

Analisando o resultado dessa Comissão temos a considerar que existem alguns limites conforme foram apontados anteriormente: divergências entre os integrantes da Comissão, atitude político-partidária, a falta de preparo adequado no exercício do controle social, pouco prazo e dificuldade na análise dos documentos que os relatos nos fez entender que são bastante técnicos.

Lembramos ainda que esta é uma atribuição que além de conhecimentos técnicos requer disponibilidade de tempo para sua realização e aliada à falta de capacitação dos integrantes do Conselho ficou evidente o prejuízo à efetivação do controle social.

Mais um impasse ocorreu na 25ª reunião na apresentação do relatório de prestação de contas com gastos com pessoal. Este foi rejeitado pelo colegiado em função do novo governo, no início do mandato, ter enviado um ofício ao CMS alegando a não votação por parte dos membros do governo pelo fato de não concordar com as informações contidas, discordando ainda de alguns gastos.

Essa situação causou indignação no ex-Secretário, que como já foi colocado voltou a ocupar seu cargo de conselheiro, representando os profissionais de saúde. Entretanto,

os membros do governo, na ocasião pediram desculpas e alegaram que estariam sendo favoráveis à votação do relatório, solicitando a não consideração do ofício. Este relatório não foi aprovado pelo colegiado. Houve treze votos contrários, todos indignados com a atitude do governo e tomando partido do ex-Secretário de Saúde. Na reunião seguinte foi denunciado pelo conselheiro e ex-Secretário de saúde a ausência de prestação de contas ao CMS.

O que temos a considerar é que esta situação nos remete mais uma vez à reflexão de que atitudes político-partidárias prevalecem no Conselho, o que fica ainda mais evidente através da fala de um conselheiro durante as entrevistas:

Ninguém é criança e ingênuo pra não imaginar que existe uma disputa de poder dentro do Conselho. É evidente que ele não foi criado pra isso mas ali dentro [...] essa disputa de poder existe (Ent.11 – P.S.).

5.4 A avaliação dos conselheiros

5.4.1 Conhecendo os entrevistados

As entrevistas foram realizadas com onze conselheiros, sendo estes escolhidos em função de terem participado em mais de 50% das reuniões do colegiado.

Destes entrevistados, 3 (27%) participam do colegiado pela primeira vez e 5 (45%) pela segunda vez. 7 (64%) são representantes dos usuários, 2 (18%) representantes do governo, 1 (9%) dos prestadores de serviço e 1 (9%) dos profissionais de saúde. Entre os entrevistados, todos têm idade superior a 30 anos.

Do total de entrevistados, apenas 2 (18%) são mulheres e quanto ao nível de escolaridade 45% tem superior completo, 28% ensino fundamental e 27% ensino médio completo.

Observamos que os conselheiros indicados pelo segmento governo, na sua maioria estavam participando do colegiado somente no ano de 2005, portanto automaticamente foram excluídos do processo de seleção dos entrevistados. Contudo, o conselheiro que representa a DIR XIII e um dos conselheiros que anteriormente (até final de 2004) era representante dos usuários participaram das entrevistas.

Outro dado importante a ser destacado é que um dos conselheiros entrevistados representando os prestadores de serviço foi Secretário de Saúde no ano de 2004, o que privilegia conhecer em que medida a administração municipal reconhece o Conselho Municipal de Saúde como seu interlocutor.

As entrevistas com os representantes dos usuários permitiram caracterizar a participação dos usuários no CMS.

Dessa forma, acreditamos que com o critério de seleção determinado conseguimos atingir os objetivos propostos da pesquisa.

5.4.2 O sistema municipal de saúde de Franca segundo os conselheiros municipais de saúde

Observamos através dos depoimentos dos entrevistados como estes avaliam os principais problemas do sistema municipal de saúde de Franca. Ressaltamos que a questão apresentada ao conselheiro foi qual o principal problema do sistema de saúde do município. Dessa forma, estes elencaram vários problemas, desde o financiamento até a dificuldade de agendamento de consulta, falta de remédios. Entretanto para facilitar nossa análise classificamos de acordo com a sua principal resposta, ou na sua visão, o problema mais grave que aflige a saúde da cidade.

Através das análises dos dados verificamos que 64% dos entrevistados acreditam que o principal problema em Franca é de ordem financeira.

Infelizmente a falta de verba, principalmente a verba SUS não consegue cobrir as necessidades da cidade, porque a população foi crescendo e a verba continua a mesma, o que dificulta tanto pra administração quanto pras pessoas que trabalha na saúde (Ent. 9 – U).

O Cons. Ent. 9 - U avalia a falta de verba que atinge tanto os usuários quanto os profissionais de saúde, que de maneira geral assola não somente o município de Franca, mas todo o Brasil, como demonstra também o depoimento do Ent. 11 - P.S.).

O de Franca e o do Brasil. Financiamento. Você vai ouvir ene argumentos. Precisa ter gerenciamento, mas para ter gerenciamento precisa ter financiamento. Sem tê que coloca gente específica em local específico. Pra isso precisa pagar. Que que nós temos? Nós temos um financiamento abaixo do necessário pra executar todos esses [...] (Ent. 11 – P.S.).

O Ent. 11 – P.S. complementa muito bem a sua fala quando acrescenta que acredita e defende o SUS, mas que esse é um sistema que inviabiliza os ganhos dos profissionais de saúde.

[...] um dos fatores com que fez com que o SUS crescesse é que ele paga mal os médicos, os profissionais, ele paga mal os procedimentos. O que ele consegue fazer é inimaginável com o recurso que ele tem (Ent. 11 – P.S.).

Acreditamos, dessa forma, que esse relato tenta explicar um dos motivos que levam os profissionais da saúde a procurar outras formas de elevar os seus rendimentos que encontram na iniciativa privada.

Outra questão apontada por 3 (27%) dos conselheiros entrevistados é a falta de profissionais médicos no atendimento tanto na UBS quanto no atendimento especializado.

Faltam médicos, né. O volume de consultas é grande. O oferecimento naquela especialidade é pouco gerando filas de espera muito grande (Ent. 2- U).

Esse conselheiro se refere à dificuldade em um primeiro atendimento na UBS e

depois se for necessário um encaminhamento para um especialista, dependendo da especialidade é ainda mais demorado.

O NGA também atende muita gente tanto da região como de Franca e é marcado pelas UBS, mas também há limites de vagas e isso é ruim. O que uma das coisas mais que o usuário sofre no NGA é o retorno, né. Às vezes, as pessoas vêm tirá uma chapa, faz alguns exames e esse retorno é demorado. É coisa de 20,30, 40 dias. Depende do médico. E a marcação é a mesma coisa. É 20, 30 dias. Depende do médico. Tem médicos mais procurados é muito mais tempo, né. (Ent. 6- U).

Diante das muitas dificuldades encontradas no atendimento nas UBS e especialidades no NGA, muitos usuários acabam recorrendo ao atendimento do Pronto Socorro para agilizar o atendimento ou resolver problemas crônicos, ou mesmo aqueles que poderiam ser resolvidos nas UBSs.

Então você vai criando uma demanda que ela vai ficando reprimida. Aonde eles recorrem? No Pronto Socorro e no Pronto Socorro é urgência e emergência. Então lá é unidade básica ampliada aonde atende uma simples dor de cabeça. Por que? Porque não consegue ser atendida nas unidades (Ent 5- G).

Aí lá vira um caos. Então, assim, eu acho que se tivesse um atendimento primário adequado, capaz de atender toda a demanda de atendimentos primários de manifestações, de coisas clínicas que não se caracterizam emergência, o Pronto Socorro usariam melhor, diminuiria internação e o atendimento lá no Pronto Socorro (Ent. 10- U).

Uma das alternativas apontadas pelos conselheiros é a ampliação dos PSF's e o trabalho voltado para o atendimento preventivo.

O que teria que avançar seria o programa de saúde na família. Você trabalharia com a saúde e não com a doença. A grande realidade no Brasil todo é que nós produzimos doentes. Por que o sistema não é resolutivo. A pessoa vai aqui na Unidade, não, [...]vai no "Janjão", é medicada, não é diagnosticada corretamente. Ele vem pra Unidade, o médico faz outro tipo de avaliação. Ele volta lá pro Janjão e a doença vai agravano. Aí chega o ponto que fica mais grosso dos recursos do SUS que é o setor terciário. Então nós produzimos doentes, nós não trabalhamos o preventivo que é aí que você reduziria o custo do próprio sistema. Faria uma inversão. Seria mais o preventivo que o curativo (Ent. 5 – G).

O Ent. 5 - G faz uma crítica ao modelo curativo vigente em nosso país e aponta

como alternativa de sucesso o atendimento preventivo e a ampliação dos PSF's. Esse entrevistado acredita que o principal problema apresentado na cidade é a priorização do curativo ao preventivo.

Outro assunto que nos chama a atenção apesar de apontado por apenas 1 (9%) dos conselheiros como principal problema é a questão do corporativismo médico. Demonstrando certo ressentimento, esse conselheiro que representa o governo acredita que o serviço público é um “bico” para muitos profissionais que usufruem as possibilidades do concurso público mas tratam a saúde mercantilisticamente.

Um bom número de profissionais, principalmente médicos que trabalha na rede privada trabalha no sistema público. Só que o sistema público é um bico. Eles retiram paciente, como fila de espera das cirurgias eletivas que estão longas. A pessoa tem dificuldade de conseguir uma cirurgia. Você vai ter que esperar um a no, dois anos, mas se você reunir a família aí eu, a gente consegue fazer a sua cirurgia e por baixo do pano também, porque são os mesmos médicos, as cirurgias de alto custo [...] (Ent. 5 – G).

Comentários semelhantes foram feitos por outros conselheiros, entre eles outro representante do governo, que apesar de não destacarem esse como principal problema, comentam que o corporativismo médico dificulta o sucesso do SUS.

Eu não enxergo outra questão maior que essa questão que é o mercantilismo que tem no setor da saúde (Ent. 1 – U).

Mas em Franca, nós temos problemas muito maiores por termos a Santa Casa como Hospital de referência que tem o corpo clínico, igual o corpo clínico da Unimed que é uma companhia de seguro, né, com fins lucrativos e hoje nós temos até o Regional ligado à Unimed para que a Santa Casa não lance um plano de saúde. Então isso é um problema violento que nós temos em Franca (Ent. 7 – G).

Acreditamos que o Ent. 5 – G, além demonstrar ressentimento faz denúncia ao que ele informa acontecer nos bastidores do Hospital público quanto à cirurgias. Apesar disso, ressaltamos que não encontramos referências em Atas de discussão sobre esse assunto com objetivo de averiguar situações semelhantes.

Os Ent. 1 – U e 7 – G também se referem ao que chamam de corporativismo médico quando explicam que a saúde tem uma conotação de mercado e o grupo de profissionais médicos, representado através de Instituições (medicina de grupo, cooperativas médicas) não permite que haja outras possibilidades de atenção, quando estas ferem seus interesses.

5.4.3 A dinâmica e o desempenho do CMS - Franca

Para os entrevistados existe um divisor entre o ano 2004 e 2005 em função da mudança de governo da prefeitura. A maioria (64%), dos conselheiros entrevistados avaliam que o Conselho deixou muito a desejar nessa gestão. Este tem um caráter político-partidário que para muitos dificulta a tomada de decisões e a efetividade das ações.

Este Conselho é um tanto quanto político. Uma hora ele estava discutindo algumas questões de interesse da comunidade. É [...], intervindo em interesses políticos que não deveria ser discutido ali, né. Acho que ali não tem que ter esse observatório político. A gente tem que conversá, discutir os interesses da comunidade no geral, independente de interesses políticos. A saúde pública tem que vir em primeiro lugar lá. Eu avalio lá assim. É um racha político. São dois seguimentos lá, políticos, que vivem tomando tempo desnecessariamente, ao invés de discutir coisas mais práticas de interesse da comunidade.

Porque houve no final de dezembro eleição do município e esse ano assumiu um novo governo. Então quem era governo naquela ocasião era bombardeado por quem não era e inverteu-se os lados, lá. Então existe uma discussão política muito forte nesse Conselho que eu acho que não é produtiva (Ent. 2 – U).

Eu acredito que o Conselho perdeu um pouco a essência e o crescimento que ele vinha tendo com o decorrer do tempo que tenho participado, porque quando mudou a gestão, mudou-se as pessoas [...] então dá essa impressão que a gente tá começando tudo de novo. Começando do zero. Até que a administração se organizasse, mandassem os seus membros e os membros entendesse o seu papel do Conselho, sua função [...] eu acho que os debates no começo foram muito conflituosos, muito ligados a questão partidária, pouca discussão na questão da saúde e ficou muito atrelado a isso (Ent. 10 – U).

Existe um divisor de águas nesse período [...] as reuniões do Conselho independente dos assuntos a serem pautados, passou a ser uma reunião extremamente crítica. Sempre se fazia necessário ou algum membro do Conselho criticarem abertamente a ação da Secretaria de Saúde ou então algumas pessoas que pertenciam a Secretaria de Saúde fazerem uma defesa violenta da política de

saúde implementada pelo município a nível de Secretaria (Ent. 11 – P.S.).

Agora eu vejo o Conselho que discute muitas políticas e discussão de saúde pouca. Esse é o grande enfrentamento que nós enfrenta na nossa cidade, porque vem um governo e muda tudo. Até outro po em sintonia, por tudo nos lugar certo vai tempo. Há muitos debates, muitas políticas, que interrompe, não deixa seguir. Tudo isso eu tenho avaliado nesses dois anos (Ent. 8 – U).

Nesses dois últimos anos encerra agora em dezembro. Porque é, um dos objetivos é de um determinado grupo não foi discuti política de saúde foi sim é defender a sustentação de determinados grupos políticos (Ent. 5 – G).

Ele tá muito conturbado com tantos acontecimentos tipo é, tanto das verbas [...] né, não existe verba suficiente pra medicamento, verba suficiente pra SC, por exemplo, que é um órgão de extrema importância pra Franca e região. Então fica discutindo muito em torno disso, verba....verba....verba, e para suplementar esse contexto, o funcional, vamos dizer os médicos, os enfermeiros, é a parte de insumos, estrutura e aí a população fica carente. Então o Conselho não ta tendo assim, voz ativa, né, pra trabalha em cima de isto e as vezes melhorar isto, né (Ent.9 – U).

Essa questão política é vista pelos conselheiros como um agravante para a dinâmica do Conselho, pois muito tempo se “perde” discutindo questões nem sempre pertinentes. O Conselho se volta a questões ligadas à saúde, mas as discussões se prolongam e processos objetivos e clarificadores ficam para um outro momento e outra reunião que também não acontecem.

Muitos dos depoimentos também comprovam o que foi constatado nas Atas analisadas que apesar do tema funcionamento do sistema de saúde sempre ser pautado, muitas vezes não foi discutido pelo fator tempo.

As discussões concentram-se no que deve ser deliberado pelo CMS como vimos na avaliação das Atas em assuntos que muitas vezes chegam para os conselheiros no mesmo dia da reunião, o que torna o Conselho muitas vezes inoperante, pois como vimos anteriormente e nas falas dos entrevistados estes acabam não formando opinião sobre o que estão deliberando.

Para 2 (18%) dos conselheiros entrevistados, a dinâmica do Conselho é avaliada como boa, sendo justificada da seguinte maneira.

O desempenho do Conselho Municipal de Saúde de Franca tem sido da melhor forma possível [...] é com a participação crescente dos representantes do povo, dos representantes dos prestadores e também com muita atuação dos representantes dos Conselhos gestores (Ent. 3 – P.S.).

Observamos que o conselheiro entrevistado 3 – P.S. se limita a falar sobre a crescente participação dos conselheiros no Conselho o que o torna positivo em sua visão. Já o entrevistado 9 - U reflete que houve melhores momentos para o colegiado, em que observa melhor atuação do CMS, visto que já participou de outra gestão. Entretanto, observa que apesar de terem enfrentado problemas na troca de governo, avalia que o Conselho está tentando encontrar o caminho para efetivar sua participação.

Bom. Eu acredito que na primeira gestão que eu participei o Conselho foi muito mais atuante do que o atual. Porque este ano, infelizmente não discutimos tanto a política de saúde pública porque houve muitas intervenções de políticas partidárias. Então houve um choque na troca de governo e isso prejudicou o andamento do Conselho, mas agora o Conselho começou a tomar um novo rumo outra vez apesar de estar no final da nossa gestão (Ent 9 – U).

Para 2 (18%) dos entrevistados o Conselho Municipal de Saúde é um Conselho de baixa qualidade. Um deles alega que avalia dessa maneira não pelos representantes dos usuários, mas pela própria formatação do Conselho, formado por muitos que tem interesses partidários. Outro ainda enfatiza.

[...] um dos objetivos é [...] de um determinado grupo não foi discutida política de saúde foi sim é defender a sustentação de determinados grupos políticos. Quando se fala em saúde pública você tem que discutir não política partidária, ideológica, mas política de saúde quando se está envolvendo cidadão, gente, vida, é [...] então ele foi carente, ele é, um dos objetivos maior foi é na tentativa deles de criar, dar sustentação, ou defender aquilo que foi cometido de errado na administração passada (Ent. 5 – G).

Em função de toda essa questão política, todos os entrevistados alegam que o Conselho se divide em grupos que trabalham ou votam juntos. Sendo assim, exemplificamos

como o colegiado se organiza na tomada de decisões. Nas falas a seguir podemos ver como os conselheiros vêem essa dinâmica.

Lá é político. Tem 2 grupos. Eu acho que tem até 3 grupos definidos lá. Oposição, posição e tem um grupo que às vezes está à margem da discussão que às vezes eles são chamados pra votar pra um dos 2 lados. Eu acredito que existem 3 grupo (Ent.2 – U).

Os relatos demonstram que essa questão em muitas vezes prejudica a dinâmica e o desempenho do Conselho pois a questão política exerce maior poder.

Os Conselhos tem seus grupinhos que vota junto e isso eu tenho visto. Quando pertence pra um grupinho eles vão, quando não pertence eles tem faltado. A gente tem cobrado isso no Conselho. O que é de interesse, as vez da Santa Casa vai o grupo da Santa Casa. Quando é de interesse da Secretaria Municipal de governo, vai da Secretaria. Quando às vez não tem interesse que é coisa que tem que se decidido pelos usuários há falta deles a presença deles no Conselho (Ent.8 -U).

É o Conselho tá dividido entre o grupo do PT e o grupo anti-PT. Isso é uma coisa claríssima dentro do Conselho, né, mas fora isso eu não vejo, é [...] por exemplo, por parte dos usuários, por parte de alguns conselheiros isso não existe, mas existe sim um lobby de vários segmentos e o pior deles na saúde pública que é a política, não de saúde pública, mas essa política suja que nós tamo metida aí (Ent7 – G).

O conelho hoje, ele ta muito dividido. Sabe porque? É o que eu tava comentano [...] ta tendo muito interesse político. E as pessoas quereno tirar vantagem em cima disso. Então às vezes tem muitas propostas que é boa pro governo que talvez seja barrada pelo Conselho por interesse próprio das pessoas. Manipulação, mais claro, né, que eles fazem!

Briga de política, a saúde só tem a perder. Acho que se o Conselho dexasse essas brigas particular e política teria condições de avançar bem mais, tomar várias decisões importante que devem ser tomada em pró do usuário (Ent. 4 –U).

Avaliamos pelas falas acima que os conselheiros vêem que o Conselho é dividido e essa divisão nem sempre favorece as decisões que o Conselho deve tomar. Reconhecem que o espaço de participação fica limitado ao jogo político imposto dentro do Conselho. Entretanto é importante que eles reconheçam o que ocorre e tentam se impor de alguma maneira.

Essa questão é vista com clareza pelos participantes em todos os segmentos e de alguma maneira, em alguns momentos, os usuários conseguem se articular contra esse poder

imposto.

Observamos que essa articulação muitas vezes é exercida de maneira tímida, mas já existe, conforme alguns relatos.

Existem pessoas que tem uma capacidade de fazer com que o outro acredite naquilo que ele tá espondando. Existe sim. (Ent10 –U).

O conselheiro Ent.10 – U esboça preocupação do posicionamento crítico do conselheiro e em sua fala deixa muito claro que não concorda com a articulação que tenta ser imposta no colegiado e ainda que é necessário um preparo para ser conselheiro. Um preparo crítico, reflexivo para poder legitimar sua participação.

[...] pra participa do Conselho eu acho que você tem que ter uma participação crítica, uma capacidade de reflexão sua, própria. Esse tipo de combinações pra voto existe e nem sempre pro melhor. Quando tem que se votar alguma coisa, você pode perceber que aumenta o numero de participantes. Então as discussões são muito mais caloradas. É mais política (Ent. 10 – U).

Na fala a seguir percebemos o desabafo do Ent. 9 – U relatando que a parte política segura as votações e que isso não fortalece o processo de legitimidade. Somente o processo de poder instalado.

Existe aquela parte política. Algumas vezes segura algumas votações ou esvaziam o Conselho no momento da votação pra poder prejudicar o andamento daquele trabalho que o Conselho às vezes pretende e tem que votar que ele seja feito, principalmente da parte do usuário e então esvazia a parte do governo ou quando o governo tem alguma proposta que vai, esvazia a parte do usuário. Isso não é legal nem pra cidade nem pro usuário, porque o usuário é o maior prejudicado, não é o Conselho (Ent. 9 – U).

O Ent.6 – U também deixa claro em seu relato que em algumas situações força votações, conchavos para tentar o fortalecimento das conquistas.

Agora quando tem que votar alguma coisa assim, há uma articulação pra que a

gente aprove junto ou há um consenso assim. Por que às vezes assim, é verba e quando é verba eu não discordo de vim. Claro. E nenhum conselheiro discorda disso. E nem queremos perdê nada. Assim a gente quer que ela venha [...] aí a gente se une. Mas a gente quer que ela seja bem aplicada para o usuário. Então é nesse caso que pega. A vezes a gente força um pouquinho a não vota, justamente isso, é pra cobrar um pouquinho, entendeu o governo, a secretaria, os conselheiros do governo, os conselheiros da Secretaria, né, que de alguns conselheiros trabalhador da saúde, tipo os laboratórios, os prestadores de serviço, eles tem que olhar mais pro lado do usuário. Então é isso que a gente cobra muito. Às vezes aperta um pouquinho a não votar naquele momento pra cobrar mais eles (Ent.6 – U).

5.4.4 As decisões do Conselho e a aceitação da Administração Municipal

Outra questão avaliada pelos conselheiros são as decisões do Conselho e a aceitação da administração municipal.

Inquiridos se a administração municipal acata as decisões do Conselho Municipal de Saúde, percebemos que dos onze entrevistados, um deles (9%) acha que as decisões não são respeitadas, um (9%) acha que existe uma relação de respeito frente as decisões da prefeitura e os demais ou seja (82%) acham que nem sempre há o respeito da Prefeitura e Secretaria de Saúde frente as deliberações.

Como exemplo da maioria, destacamos algumas falas que merecem atenção:

Algumas delas não são respeitadas pela Prefeitura e por ninguém. Existem ações que o Conselho deliberou na plenária que nunca acontecem. Aliás, no Brasil, a gente tem uma maneira de se expressar que tem Lei que pega e tem Lei que não pega. No Conselho acontece a mesma coisa. Tem coisa que o Conselho aprova e encaminha e acontecem e tem coisas que levam um período maior pra acontecer e tem coisas que nem acontecem. Então o nosso Conselho padece das mesmas dificuldades que as outras instituições aqui no Brasil (Ent.11 – P.S).

Nem sempre. Nessa administração eu observo que eles estão dando um pouco mais de atenção, né. Mas num senti assim. Mandava os projetos em cima da hora. Você quase num tinha tempo de observa, questiona, debate, né. Entende? O projeto que seria pra pode defini uma opinião. Vinha sempre em cima de prazos. Você tinha que aprova, caso contrário perdia-se verbas, né (Ent2 – U).

Nos dois depoimentos acima percebemos que tanto o Ent. 11 – P.S. quanto o Ent.

2 – U acredita que as decisões nem sempre são acatadas e portanto não existe um respeito às decisões do Conselho. No primeiro caso ele cita ainda que isso é uma dificuldade no Brasil que não tem uma tradição em se respeitar as Leis a ponto de, se não cumpridas, nada de concreto acontece.

Nem sempre. Nem sempre elas são respeitadas porque eu acho que a gente exerce o papel, a gente delibera tudo mas depende muito de outros fatores. Não adianta a gente delibera e a prefeitura não acatar. Nem sempre a prefeitura aceita o que o Conselho delibera. Sempre foi assim [...] (Ent. 10 –U).

Dessa forma avaliamos conforme o relato dos entrevistados que as decisões somente são levadas em consideração quando há interesse por parte da administração local.

Outro destaque que é dado é sobre os prazos com que os assuntos chegam ao Conselho. Tanto o Ent 2 –U, quanto o Ent. 11 – P.S e o Ent. 6 - U relatam dificuldades com isso.

[...] eu percebo que existe uma grande dificuldade pra que os conselheiros possam discutir os assuntos em virtude da demora com que os assuntos são remetidos para os conselheiros. Normalmente o que acontece: os conselheiros recebem a pauta com os assuntos pra serem discutidos no dia da reunião e aí fica muito difícil que cada conselheiro leia aquilo, entenda, e aí acaba emitindo um juízo crítico sobre aquele assunto. Acaba.... esses assuntos, essas pauta de cada reunião serem discutidas no mesmo dia em que foram apresentadas, votada a aprovação ou não e na maioria das vezes a votação [...] ela é muito mais conduzida pelo lado da paixão do que pelo lado racional (Ent. 11 – P.S.).

[...] No meu entender, tudo vem correndo. E aí, aproveita esse momento que tudo vem correndo, joga pro Conselho e o Conselho não tem como montar uma Comissão pra analisá e avaliá isso aí. Aí caba nós te que votar e nós não tem como tá acompanhando isto. Se chegou ou não chegou. Infelizmente. Porque eu como usuário, tenho que trabalhar pra me sustentar e o tempo que tem pra ver é muito pouco, porque nossa função é essa, fiscalizar (Ent. 6 – U).

Esse relato deixa claro que os assuntos encaminhados ao Conselho são a respeito de assuntos ou que já estão em vias de acontecer ou que já estão acontecendo e a Secretaria de Saúde precisa da aprovação do Conselho.

O conselheiro Ent. 6 – U, ainda acrescenta:

O Conselho, muitas vezes não tem voz ativa. Então o que a administração ou a Secretaria de Saúde é [...] ela quer que o Conselho vote alguma suplementação, alguma superdotação, de orçamento, ou às vezes um recurso que vem do Estado, aí sim eles vem até o Conselho e faz com que o Conselho vote sem uma análise profunda disto pra que a população tenha esse recurso.(Ent. 6 –U).

No caso concreto do Conselho Municipal de Saúde as deliberações têm que ser acatadas pela prefeitura e dessa forma, só é acatado o que é de interesse da Secretaria de Saúde, conforme destaca o relato do Ent. 9 - U.

Algumas coisas são respeitadas porque eles dependem do Conselho também porque a verba do SUS só vem através da aprovação do Conselho. Então muitas coisas ela é aproveitada pela administração, nem todas, né, porque tem muitas que não são respeitadas, principalmente na área dos médicos, é muito complicado e principalmente na manutenção do horário que estipula os contratos deles com a prefeitura. Agora não sei se a falha é da prefeitura ou se a falha está no Conselho (Ent. 9 – U).

5.4.5 A avaliação da participação e controle social do Conselho Municipal de Saúde na visão dos conselheiros

A maioria (91%) dos conselheiros conforme os relatos dos entrevistados acredita que o controle social através do Conselho Municipal de Saúde não é efetivo. Para tanto elencamos alguns itens a seguir:

Um dos problemas observados é que os conselheiros apesar de eleitos pelos segmentos que representam, acabam efetivando sua participação através do seu próprio ponto de vista e não do interesse total dos seus representados, conforme observamos na fala do entrevistado 2.

Se você não entende como funciona, você não oferece uma ajuda de qualidade, né. E agora esse ano tenho participado mais, né, tentando colocar algumas idéias minhas e às vezes tentando interferir nas votações quando não concordo com algumas coisas. Quando concordo tentando dar votos pras coisa....é....de interesse do meu ponto de vista, da comunidade (Ent. 2 – U).

Ressaltamos que verificamos muita vontade de compreender e de realmente ser efetivo na tomada de decisões. Entretanto, essas atitudes isoladas e muitas vezes partidárias reflete na dificuldade do Conselho conseguir a articulação dos diversos segmentos ali representados.

O Ent. 11 – P.S. ainda reflete essa questão vista pelo ângulo da relação de poder e favores instituída no Brasil.

A nossa política, historicamente, ela é uma política clientelista. Então a sociedade ela é formada por esse conceito de clientelismo. Ela até elege uma determinada pessoa para determinada função mas depois ela quer apenas cobrar resultado de coisa pessoal e não na questão coletiva. A pessoa não se enxerga no coletivo como também não se dispõe a construir o processo coletivo. Se a sua questão pessoal naquele momento for satisfatória ela faz igual ao leão com a barriga cheia: vai pra sombra dormir. Ela é mansa (Ent. 1 – U).

Eu acho que o controle social no Conselho, eu acho assim que ele é [...] ele não se efetivou...porque se você perceber a participação da comunidade [...] ela é pequena, muito pequena, eu não sei se pelo fato de ser composto por médicos, que tem alguma coisa a ver [...] mas eu acredito que em outras situações, a gente convida a participa [...] que acontece[..] a pessoa chega lá e vê fica muito na discussão, fica muito na reunião e tem pouca resolução. Porque as pessoas esperam que você vai participar e que alguma coisa vai acontecer rapidamente. Só que tudo isso é um processo. Eu acho que é importante você participa, incentiva a participação dos usuários (Ent. 10 – U).

Outra questão que é retomada pelos conselheiros é a relação de poder exercida pela classe médica e nos interesses que estes têm na saúde de maneira geral. Isso se comprova na fala do Ent. 7 – G.

O Conselho tenta conseguir ser mais útil à comunidade. Ele tenta de alguma forma conseguir esse controle social, conseguir a integração entre os vários segmentos do governo, mas por enquanto ta longe disso. É um avanço o Conselho Municipal de Saúde, sem dúvida é um avanço porque conta com membros de todas as atividades, os vários setores da cidade, inclusive com a participação de várias classes diferenciadas, algumas com interesses políticos e outras com interesses simplesmente de ajudar a comunidade, né. Nós estamos muito carentes de pessoas que querem ajudar a comunidade e acredito que o Conselho vá demorar aí alguns anos pra ter a finalidade exigida pela própria criação do Conselho. Ele não atingiu seus objetivos e no controle social é muito difícil né, [..] o interesse da parte médica é muito grande. Então ele fica sempre travando [...] isso trava muito a saúde pública. Então eu acho um momento complicado. Nós estamos num momento complicado no Brasil. Em Franca também pela briga política (Ent. 7- G).

A fala do Ent. 6 – U também chama a atenção para a questão político-partidária que faz com que as reuniões do Conselho sejam sempre polemizadas, com articulação de grupos estrategicamente montados para defenderem seus pontos de vista de acordo com posição ou oposição.

O controle social na minha visão não existe. De forma alguma. A participação do Conselho [...] ele é muito [...] a participação no Conselho é assim, quando é um tema que vai ser abordado na reunião, se ele for bem chamativo, vai muita gente, mas se não for aí não vai. Porque os Conselhos mesmo que tenha discussão, mesmo que tenha boas discursões mas é muito polemizado. Quando é assim, os outros conselheiros, eles não vão. Eles sentem a reunião muito cansativa, sem aproveitamento nenhum. Então, nós temos uns quatro lá que polemiza as reuniões do Conselho e aí faz com que a reunião se torne muito monótona e não tenha aproveitamento nenhum e o tempo passa. E nós somos voluntários (Ent. 6 – U).

O entrevistado complementa a questão da efetivação do controle social alegando achar necessário que o Conselho consiga criar mecanismos que tornem mais próximos os usuários, seus representados do próprio Conselho de Saúde.

Aquele usuário ele saber que tem um Conselho de saúde, um Conselho gestor. A gente ainda não tem um mecanismo que torna isso mais próximo do usuário. Ele não sabe e aquele que sabe não sabe como utilizar desse recurso. Não é? Uma das questões importantes é que ele quer usar no balcão ele não quer usar como um elemento integrante do processo de construção do controle social (Ent. 1 – U).

Outra questão abordada pelos entrevistados foi a falta de capacitação dos conselheiros e capacidade crítica.

Então eu penso que as pessoas que participam tem que [...] o curso de capacitação tem que ser continuado[..] pra que eles tenham condições de participar plenamente das decisões e tem que ter pensamento de construção. Você não consegue mudança do dia pra noite .Só o fato de você participar, destinar, de você dar sua opinião, é um ponto muito importante, porque se o Conselho indeferi não sai, né. Fica emperrado. Isso também pode ser considerado como forma de poder né. Dependendo de quem estiver no direcionamento pode dar essa conotação, né. De querer fazer esses rearranjos de votação ou na hora da prestação de contas. Então eu acho que o controle social, [...] o Conselho favorece isso. Só que não da maneira que seria, como ta na Lei, como seria assim [...] ele não segue como na integra ele foi constituído. Acho que é um processo de construção (Ent. 10 – U).

Esse entrevistado deixa claro que a capacitação dos conselheiros é necessária. Entretanto, observamos pelo depoimento do Ent. 1 - U que o curso de capacitação realizado no ano de 2005 não contou com todos os conselheiros.

Nós demos curso esse ano mas do Conselho que o curso era preferencialmente para quem tem mandato no Conselho de saúde e no entanto apenas 3 ou 4 pessoas em 40 vagas, 3 ou 4 pessoas que participaram a maior parte das vagas foram preenchidas pelos Conselhos gestores mas não tiveram disponibilidade para participar das 40 horas de curso que foi dado em 10 sábados (Ent. 1 – U).

Este ainda acrescenta:

Pessoas que participaram do curso são pessoas de um grau de instrução acima da média. E são carentes na questão de elaboração (Ent. 1 – U).

Dessa forma, o que concluímos é que não houve interesse dos conselheiros participarem do curso de capacitação. Lembramos aqui que o Conselho foi eleito no início do ano de 2004 e durante esse ano não houve o curso de capacitação.

Este somente foi realizado já no segundo ano de mandato. Nesse período como já citamos anteriormente os representantes do governo, em sua maioria, haviam sido trocados, e os conselheiros gestores empossados. Apesar das vagas terem sido disponibilizadas para todos os membros do Conselho poucos mostraram interesses em participar do curso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como nosso objeto de estudo é a participação popular através do CMS, trataremos aqui de apontar as principais considerações que nosso trabalho permitiu, partindo do pressuposto de que Conselho constitui-se num espaço público capaz de catalisar a interlocução entre a administração municipal e a sociedade.

A implantação dos Conselhos Municipais de Saúde aconteceu no processo de democratização do Estado brasileiro. Aliado a isso foi um período de ampliação dos direitos civis e políticos. Houve uma abertura à participação da sociedade e a formação dos Conselhos nas três esferas de governo trouxe a legitimação dessa participação na coisa pública. Entretanto observamos que ela ainda está em construção visto que temos uma história de participação modesta. O Brasil é dominado desde a colônia. Passamos por dois regimes autoritários que em muito contribuíram para nossa pouca mobilização participativa.

Podemos falar que no quesito participação, a população brasileira está ainda “engatinhando”, mas o otimismo nos leva a crer que teremos um espaço avançado onde a população exercerá seus direitos. Já conseguimos encontrar mobilizações setorializadas e a população protestando contra os políticos, exercendo dessa maneira o controle social nos altos escalões da coisa pública.

Na saúde, o SUS foi sem dúvida uma grande conquista social e política, mas no cotidiano, nos deparamos com a falta de investimentos, as más condições de manutenção e atendimento, filas para agendamento de consultas, demora para realização de procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, o que facilita a propagação das empresas de medicina privada

(medicinas de grupo, cooperativa de serviços médicos e hospitalares e seguros).

Entendemos que é preciso maior divulgação do Sistema Único de Saúde e dos direitos advindos com a Constituição de 1988.

Ao nos propormos conhecer a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde de Franca no processo de gestão, financiamento e controle da política de saúde do município de Franca nos deparamos com a seguinte realidade.

O colegiado é extremamente político-partidário. Possui uma articulação interna que vai da situação à oposição de partidos políticos. No presente estudo, no ano de 2004 o governo era de um partido e no ano de 2005 inverteram-se os papéis. Isso fez com que as situações se confrontassem ainda mais no decorrer do processo de campanha e no início do governo em 2005, com as mudanças propostas pela nova administração.

Percebemos que os interesses partidários são tão presentes que ressaltamos a figura do 2º Secretário de Saúde que ao deixar seu mandato na Administração voltou a ocupar o cargo de conselheiro, deixando claro que os interesses acabam privilegiando as situações.

Sem dúvida nenhuma a politização do Conselho ou dos conselheiros é muito importante. Entretanto, o que se destaca neste Conselho é a partidarização. Nesse sentido ou nessa perspectiva quem perde é a população que espera atitudes que atendam aos interesses da coletividade e não de grupos ou partidos políticos.

Ressaltamos que observamos Administrações de partidos políticos diferentes no período em análise e o papel exercido pelo governo foi parecido em ambas administrações. Assim concluímos que o governo exerce poder dentro do Conselho Municipal de Saúde e a nosso ver o Conselho é muitas vezes tutorado e manipulado.

Essa questão é percebida pelos conselheiros e fica clara quando constatamos que 82% deles afirmam que a administração acata as deliberações do Conselho somente quando lhe convém. O governo encaminha assuntos com pouco tempo de avaliação para o CMS e

aproveitando-se da ausência de conhecimentos técnicos e do funcionamento do SUS de alguns conselheiros (principalmente usuários) promovem uma rápida explanação aos representantes do colegiado o que resulta na deliberação favorável.

Os conselheiros conseguem entender o que está acontecendo, a dificuldade do setor saúde, as manobras políticas, os motivos. Reconhecem muitas vezes o que melhoraria a situação. Entretanto, os assuntos caem no esquecimento ou “são abafados” pela administração. Como exemplo disso observamos que as discussões dos temas agendamento de consultas, falta de medicamentos, fila de espera para cirurgias eletivas denunciados pela mídia e discutidos no Conselho Municipal de Saúde do município não tiveram um encaminhamento para mudanças.

As discussões em torno de qualquer assunto são “aparentemente” silenciadas com justificativas da Secretaria de Saúde informando que apesar da mídia explorar a questão, o município vai avaliar, vai verificar, vai fornecer informações com “embasamentos técnicos”.

Por outro lado, apesar de serem problemas sérios que envolvem o atendimento à população o colegiado não se mostrou motivado a discussões, a acompanhar os gastos, a pressionar que os funcionários do setor saúde cumprissem sua carga horária ou que a fila de cirurgias eletivas fosse resolvida. Também não se mobilizaram para elaboração de propostas de soluções.

Nessa perspectiva concordamos com Carvalho (1997, p. 97) quando explica esse caráter de alguns conselhos. “Diante da ineficiência desses órgãos em satisfazer as demandas finalísticas a eles submetidas, os representantes de segmentos podem reduzir suas expectativas, gerando seja o esvaziamento dos Conselhos seja uma adaptação conformada a seus limites como arenas decisórias (burocratização)”.

A relação da Secretaria de Saúde com o Conselho parece-nos muito clara. O Conselho é necessário, é preconizado por Lei, sem ele a Secretaria de Saúde não consegue

receber suas verbas e com ele deve ter um relacionamento “amistoso”.

Percebemos assim, que o Conselho é levado em “banho-maria”. Expressão que indica que ele é levado por esclarecimentos do governo que nem sempre elucidam totalmente a situação, mas prometem avaliar, verificar para regularizar o caso. A denúncia/situação cai no esquecimento e não é retomada nas reuniões posteriores.

Fazemos aqui o questionamento. Existe de fato controle social no Conselho Municipal de Saúde de Franca? Os temas são trazidos, debatidos, mas “abatidos” com a promessa de vamos avaliar.

Ressaltamos a relação de poder exercida pela Secretaria de Saúde e como vimos através das entrevistas e na observação sistemática das reuniões, os conselheiros demonstram conhecimento sobre a questão saúde, mas não se firmam nas colocações durante as reuniões e a nosso ver isso acontece em função de muitas vezes não quererem parecer “inoportunos” aos olhos dos segmentos que apresentam uma formação mais técnica, mais qualificada.

Essa situação reforça, a nosso ver, a falta de capacitação dos conselheiros, principalmente dos representantes dos usuários para persistir nas suas demandas.

Essa questão se torna interessante quando avaliamos que 91% dos conselheiros se dizem atuantes, mas apenas 18% avaliam que o desempenho do CMS é bom.

Entendemos assim, que estes se entendem atuantes, porque representam suas bases, mas quando muitas vezes tentam se mobilizar para ações em conjunto não conseguem, principalmente em função da partidarização existente. É assim que a nosso ver se traduz o desempenho do Conselho Municipal de Saúde.

Concordamos com Assis (2003, p. 330), quando estuda as condições de legitimidade desses espaços coletivos e coloca que “na prática, são manifestações de interesse individual deste ou daquele grupo, em detrimento dos interesses coletivos”.

Assis (2003) acrescenta ainda que “é preciso construir uma nova cultura de

compromisso coletivo nos espaços de gestão colegiada, visando a produção de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção em defesa dos interesses da sociedade” (p. 330).

Nesta perspectiva é necessário construir uma gestão envolvendo todos os segmentos em que estes além de assumirem compromisso com a coisa pública dêem maior visibilidade à gestão dos Conselhos.

Outra questão que nos propusemos a conhecer foram as estratégias encontradas pelo CMS de Franca para favorecer a participação e o controle social encontramos a seguinte realidade.

Entendemos que o CMS de Franca é pouco maduro para o controle social. Falta capacitação. Aliado a isso tem pouca visibilidade. A população não o reconhece como representante, como articulador.

A Comissão executiva se preocupa em posicionar os conselheiros sobre os assuntos que precisam ser deliberados e tem como prática comum convidar pessoas (geralmente responsáveis pelo departamento, programa, setor) para expor sobre os assuntos que serão deliberados.

Apesar de, a nosso ver, este ser um ponto bastante positivo, pois possibilita que todas as dúvidas sobre os assuntos a serem deliberados sejam nesse momento esclarecidos, cabe-nos ressaltar que mesmo com essas explicações de pessoas que entendem a situação, muitos assuntos precisam de tempo para que os conselheiros possam compreendê-los, fazer juízo do tema/assunto e assim ter condições, inclusive, de formular questões para que essas pessoas convidadas possam esclarecer. Entretanto, o que observamos é que os assuntos chegam com pouco tempo para avaliação, inviabilizando assim essa possibilidade.

Percebemos que a prefeitura reconhece o Conselho sim, no entanto não na tomada de decisões, não na idealização das políticas públicas, mas para referendar o que é necessário se fazer ou que já está implantado ou que está em vias de acontecer por decisão da própria

administração.

É neste contexto que nos defrontamos com a cultura elitista e burocrática que busca reduzir cada situação a um caso particular e assim, concordamos mais uma vez com Carvalho (1997, p. 102) quando coloca que “a sociedade deve ter capacidade, a nível dos diversos grupos sociais, de elaborar interesses e vocalizar propostas, assim como reconhecer no Estado condições e possibilidades de acolhimento”.

Entendemos que o controle social é uma forma de interlocução regulada e institucionalizada que já tem um considerável grau de aceitação e legitimidade na sociedade como um todo.

Como citado por Sposati e Lobo (1992, p. 370), “o espaço do controle social, ainda que institucionalizado, não é meramente administrativo; é um espaço político que põe em cena interesses, imaginários, representações. Este espaço é uma situação de partida e não de chegada”.

Nessa perspectiva, entendemos que os Conselhos de Saúde precisam criar mais vocalização, mais visibilidade, envolvendo de forma direta a população, as questões de informação qualificada e da comunicação de massa.

No caso concreto de Franca, o Conselho pode mostrar-se para a população editando jornais de circulação, divulgando suas iniciativas e suas decisões nas rádios locais.

Aliado a isso a capacitação dos conselheiros deve ser uma prerrogativa para início de gestão, facilitando assim os entendimentos dos diversos conselheiros na organização e estrutura do SUS, legislação, financiamento dando suporte a estes na tomada de decisões do que é o melhor para a população representada.

Vimos interesse por parte de todos os conselheiros entrevistados, sem exceção, e não queremos dizer com todos esses limites que consideramos até aqui que o Conselho Municipal de Franca é inoperante.

Acreditamos que os obstáculos existem, mas não são maiores que as conquistas advindas com essa possibilidade de controle social.

Acreditamos assim que com a criação de mecanismos para dar maior visibilidade ao Conselho, captação das demandas dando voz à população efetivamente, concretizaremos um espaço democrático de construção coletiva.

Conseguiremos a efetiva participação com a população exercendo de fato o controle, não somente fiscalizando, mas propondo, elaborando e acompanhando os projetos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. Dimensões da crise e as metamorfoses do mundo do trabalho. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 50, p. 76-78, 1996.

_____. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva. Economia e Gestão da Política de Saúde. ABRASCO em Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p.331-345, 2003. ISSN 1413-8123.

ASSIS, M.M.A.. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde em Debate*, RJ, v. 27, n. 65, p.324-335, set/dez 2003.

BARBOSA, C.F. *O processo de participação e de controle social dos usuários do SUS no Conselho Municipal de Saúde de Campo Grande – MS*. 2000. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca.

BOBBIO, N. *O Futuro da Democracia: uma defesa das regras do jogo*. Tradução Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BOBBIO, N.; VIROLI, M. *Diálogo em torno da república: os grandes temas da política e da cidadania*. Tradução Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

BRASIL. *Constituição*. República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

_____. *Lei n. 8080*, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *LEX. – Legislação Federal e Marginalia*. São Paulo, v. 54, p. 1060-1073, jul./set. 1990.

_____. *Lei n. 8142*, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outra providência. *LEX – Legislação Federal e Marginalia*. São Paulo, v. 54, p. 1463-1465, out. /dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992*. Revogada pela Resolução nº 319 de 07 de novembro de 2002. Disponível em: <www.sespa.pa.gov.br/SUS/Legislação/resoll33.htm>. Acesso em: 31 dez. 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2203, 05 de novembro de 1996*. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB-SUS 01/96. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS – 01/02*. Brasília, DF, 2002. 40p. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 dez. 2004.

BRAVO, M.I.S. *Serviço Social e Reforma Sanitária*. Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. As políticas brasileiras de seguridade social. In: BRAVO, M. I. S. (Org.). *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Brasília: CEAD/UNB, 2000. Módulo V. p. 259-280.

CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social: crise contemporânea e Serviço Social. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 2000. Módulo 3.

CARVALHO, A.I.. *Conselhos de Saúde no Brasil*. 1995. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

_____. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia (Org). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CAVALHEIRO, J.R. Os desafios para a saúde. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, p. 1-10, jan./abr. 1999.

CHAUÍ, M. *Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização*. Os sentidos da democracia e da participação. São Paulo: Instituto Polis, 2004.

COHN, A. *Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1998.

CORREIA, M.V.C. Reflexos da capacitação na atuação dos conselheiros de saúde. *Revista do Centro Brasileiro Estudos de Saúde*. Rio de Janeiro, ano 27, v. 27, n. 64, p. 138-147, 2003.

COSTA, A.M.; NORONHA, J.C. Controle Social na Saúde: construindo a gestão participativa. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 348-357, set./dez. 2003.

CREVELIM, Maria Angélica. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência e Saúde*

Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr./jun. 2005. ISSN 1413-8123.

DALLARI, S.G. *Municipalização dos Serviços de Saúde*. São Paulo: Brasiliense, 1985. 104 p.

_____. A participação popular na vigilância sanitária para a garantia do direito à saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 364-375, set./dez. 2003.

DALLARI, S.G. et al. O direito à saúde na visão de um Conselho Municipal de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 4, p. 531-540, out./dez. 1996.

DEGENNSZAJH, R.R. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: desafios da gestão democrática das políticas sociais. CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 3: Reprodução Social, Trabalho e Serviço Social. Brasília, 2000.

DEMO, P.. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

DORNELLES, S.; LOCKS, M.T. Controle Social: de quem? Para o que? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, set./dez. 2003.

DUVERGER, M. *Ciência Política: teoria e método*. Biblioteca de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Zahar, 1962.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. *Saúde e Qualidade de Vida: Franca no caminho do SUS*. Relatório Final da 1ª Conferência Municipal de Saúde. Franca, 1998.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. *Sistema Municipal de Saúde de Franca*. Franca, 2004. (mimeo).

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Caderno de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, nov./dez. 2004. ISSN 0102-31x

GOHN, M.G. *Conselhos Gestores e participação sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GONÇALVES, M.L. *Participação Social no Sistema Único de Saúde: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP*. 1999. 296 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LOURENÇO, E.Â.S. *Saúde Pública e participação cidadã: uma análise do controle social no SUS de Franca-SP*. 2004. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca.

LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. (Biblioteca de Saúde e Sociedade, 4).

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas, 1996.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

MISOCZKI, M.C. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. *Saúde em Debates*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 336-347, set./dez. 2003.

OLIOSA, D.M.S.. *Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa*. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

OLIVEIRA, F. *O capital contra a democracia*. Os sentidos da democracia e da participação. São Paulo: Instituto Polis, 2004.

OLIVEIRA, E.A. . *Participação Democrática*. Pontifícia Universidade Católica – Minas. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/bancoconhecimento/tematico/PartDemo>>. Acesso em: 11 out. 2005.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S. M. F.. *(IM) Previdência Social*. 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1986.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Cartilha Controle Social, uma questão de cidadania*. Disponível em: <www.redesaude.org.br/html/ct-cs02-cap6.html>. Acesso em 2 fev. 2005.

RIBEIRO, J. M. Estruturas tecno-burocráticas e instancias colegiadas no SUS – uma abordagem dos fundamentos da política setorial. In: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (OrgS.). *Política de Saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP/Fiocruz, 1996. p. 7-32

ROSENBERG, M. *A lógica da análise do levantamento de dados*. São Paulo: Cultrix, 1976.

SACARDO, G.A.; CASTRO, I.É.N. *Conselhos de Saúde*. São Paulo, Instituto Polis/PUC-SP, 2002. 72 p. (Observatório dos Direitos do Cidadão:acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 8)

SADER, E. *Quando novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, M.O. Democracia e Participação Popular. *Revista Espaço Acadêmico*, ano 2, n. 11, mar. 2003. Disponível em: <www.espacoacademico.com.br/022/22cmsantos.htm>. Acesso em: 17 nov. 2004.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle Social e políticas de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992. ISSN 0102 – 311 x.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1989. p. 193-232.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Atlas S.A., 1995.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. *Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: UnB, 1992.

VALLA, V.V. (Coord.). *Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Pares, 1993.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (org). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VANDERLEI, M. I .G.; WITT, R. R. Conselhos de Saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 137-137, maio/ago.2003.

WENDHAUSEN, Á. *O duplo sentido do controle social: (des) caminhos da participação em saúde*. Itajaí: Univali, 2002.

ANEXO A - QUADRO DAS REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº da Reunião	Data	Tipo
1ª	06/02/2004	Ordinária
2ª	03/03/2004	Extraordinária
3ª	05/04/2004	Extraordinária
4ª	08/04/2004	Ordinária
5ª	13/05/2004	Ordinária
6ª	14/06/2004	Ordinária
7ª	12/07/2004	Ordinária
8ª	26/07/2004	Extraordinária
9ª	09/08/2004	Ordinária
10ª	13/09/2004	Ordinária
11ª	27/09/2004	Extraordinária
12ª	07/10/2004	Extraordinária
13ª	14/10/2004	Ordinária
14ª	27/10/2004	Extraordinária
15ª	08/11/2004	Ordinária
16ª	22/11/2004	Extraordinária
17ª	13/12/2004	Ordinária
18ª	10/01/2005	Ordinária
19ª	27/01/2005	Extraordinária
20ª	14/02/2005	Ordinária
21ª	02/03/2005	Extraordinária
22ª	11/04/2005	Ordinária
23ª	02/05/2005	Extraordinária
24ª	09/05/2005	Ordinária
25ª	13/06/2005	Ordinária
26ª	20/06/2005	Extraordinária
27ª	11/07/2005	Ordinária

ANEXO B – PERFIL DOS ENTREVISTADOS QUANTO A IDADE, SEXO E ESCOLARIDADE

Segmento	Idade	Sexo	Escolaridade
Ent. 1 – Usuários	56	M	Superior
Ent. 2 – Usuários	41	M	Ensino Médio
Ent. 3 – Usuários	49	M	Ensino Fundamental
Ent. 4 – Prestador Serviço	57	F	Pós Graduação
Ent. 5 - Governo	69	M	Ensino Médio
Ent. 6 - Usuários	40	M	Ensino Fundamental
Ent. 7 - Governo	53	M	Superior
Ent. 8 - Usuários	52	M	Ensino Fundamental
Ent.Ent. 9 - Usuários	68	M	Ensino Médio
Ent.Ent. 10 - Usuários	31	F	Superior
Ent. 11 – Profissionais Saúde	58	M	Pós Graduação

Fonte: Dados coletados durante as entrevistas junto aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Franca-SP.

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Eu, Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni, Assistente Social inscrita no programa de mestrado em Saúde na Comunidade pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, estou fazendo um trabalho de pesquisa cujo título, tema da minha dissertação de mestrado é: O Conselho Municipal de Saúde da cidade de Franca-SP: estudo sobre a participação e o controle social.

Esta pesquisa está voltada para caracterizar os temas de saúde tratados pelo Conselho, as deliberações, a participação e o controle social sendo que será preservado totalmente o segredo quanto a questões de caráter pessoal e profissional.

A pesquisa é composta por questões que serão respondidas pelo conselheiro. No entanto, é importante destacar que o Senhor (a) terá total liberdade em recusar-se em participar ou retirar-se da pesquisa.

Informo também que seu nome não aparecerá em nenhum relatório ou trabalho resultantes dessa pesquisa.

Se, de acordo, por favor, preencha e assine o termo abaixo.

Eu, _____,
conselheiro do Conselho Municipal de Saúde da cidade de Franca-SP, após receber informações da pesquisa sobre a participação e o controle social concordo em participar da mesma. Autorizo a utilização e a divulgação dos resultados obtidos no estudo, desde que meu nome não seja revelado a ninguém.

Franca, ____ de _____ de 2005.

Pesquisadora: Andréia A Reis de Carvalho Liporoni

ANEXO D – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

Nome:

Idade:

Escolaridade:

- Ensino Fundamental ()
- Ensino Médio ()
- Superior ()
- Pós graduação ()

1. Qual o segmento que você representa?

- () representante do governo
- () representante dos profissionais de saúde
- () representante dos prestadores de serviço
- () representante dos usuários.

2. Como aconteceu a sua indicação?

3. Quantas vezes já participou do Conselho?

- () primeira vez
- () 2 vezes
- () 3 vezes
- () 4 vezes ou mais.

4. Você enquanto conselheiro:

- Apresentou propostas a serem discutidas?
() nenhuma () uma vez () duas vezes () três vezes ou mais
- Quando o presidente do Conselho apresenta temas a serem debatidas pelos conselheiros, você participa das discussões?
() nunca () às vezes () sempre

5. Você se acha atuante?

- () sim () não

Por que?

6. Como você avalia o desempenho do Conselho Municipal de Saúde de Franca?

No 1º ano desta gestão.....

Agora em 2005.....

7. Na sua opinião, quais os principais problemas do sistema municipal de saúde de Franca.

8. Você acha que existe alguma medida/proposta que deveria ter sido executada?

9. Você acha que o Conselho tem grupos que trabalham ou votam juntos? Como é a dinâmica do Conselho?

10. Como avalia a participação e o controle social através do Conselho Municipal de Saúde de Franca?